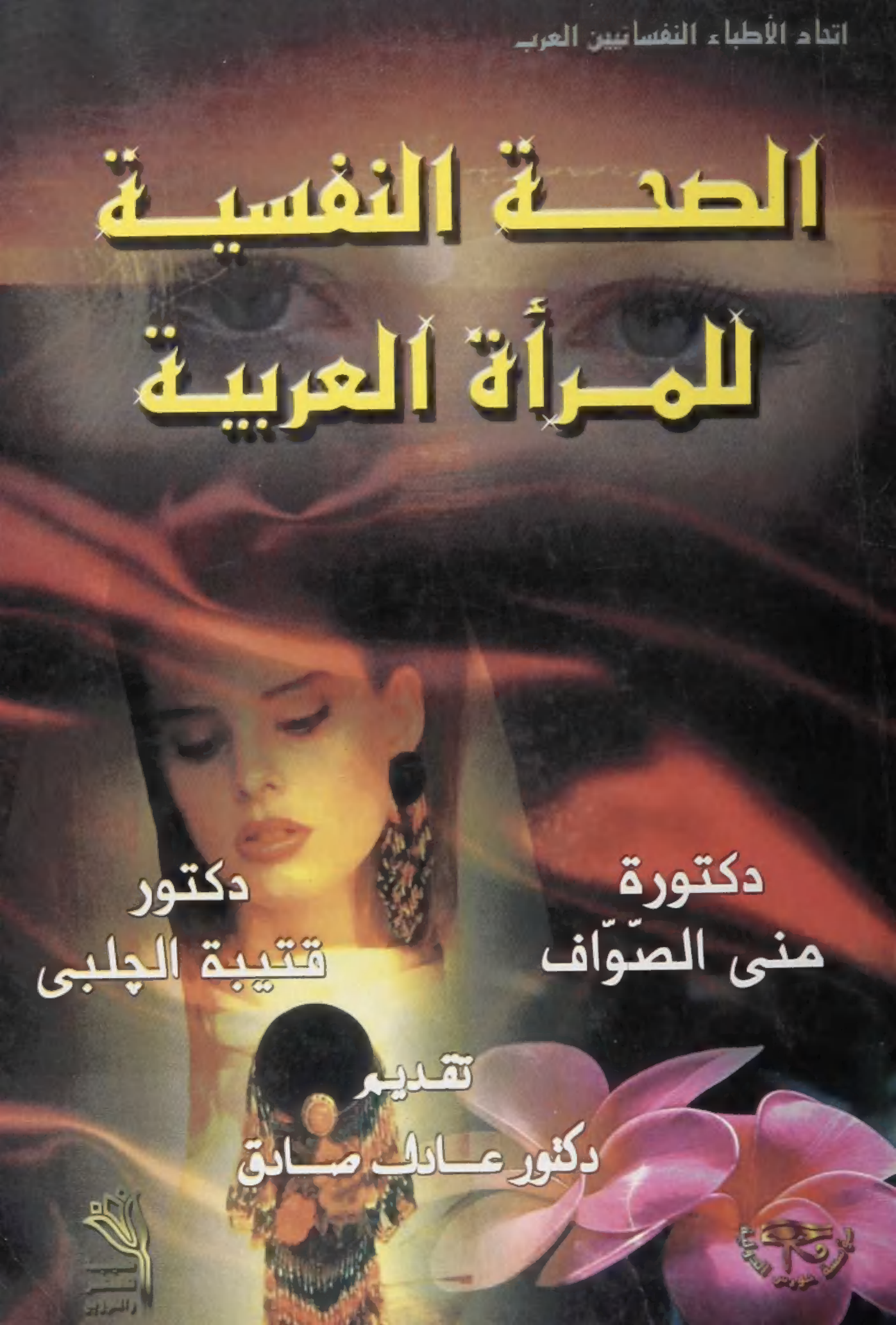

اتحاد الأطباء النفسانيين العرب

الصحة النفسية للمرأة العربية

دكتورة
منى الصّوّاف

دكتور
قتيبة الچلبى

تقديم
دكتور عادل صادق

٥٦

مركز المرأة للدراسات وا...
ت : ٢٤٤٦٠٢٢
ت.ف: ٢٤٤٦٠٣٢
ترخيص رقم : (٧١)

الصحة النفسية

للمرأة العربية

أسـم الكتــاب : الصحة النفسية للمرأة العربية

النـــــاشـــــر

مــؤسســـة طيبـــة للنشـــر والتوزيـــع
٧ ش علام حسين – ميدان الظاهر – القاهرة
ت : ٧٨٦٧١٩٨ فاكس :٦٨٢٦٧٤٦
محمول : ٠١٠٣٤٥٠٠٤١ – ٠١٠٦٢٤٢٦٢٢٠

أسـم الكتــاب : الصحة النفسية للمرأة العربية
الكـــاتـــب : د . منى الصواف ، د . قتيبة الجبلى
طـبعـــة : ٢٠٠٥ ــ ٢٠٠٦ م
كمبيوتر جرافيك : أحمد امين
رقـم الإيـداع : ٨٢٤٥ / ٢٠٠٥
تـرقيم دولى : I.S.B.N 977-5969-22-0

جميـــع الحقـــوق محفوظـــة للنــــاشر
ويحذر النسخ أو التصوير أو الإقتباس إلا بموافقة خطية من الناشر

١٥٧

إصدارات
اتحاد الأطباء النفسانيين العرب

الصحة النفسية للمرأة العربية

دكتورة
منى الصوّاف

دكتور
قتيبة الجلبي

تقديم
دكتور عادل صادق

المحتويات

المقدمة ١١

الفصل الأول ١٩

الخلفية الاجتماعية للاضطرابات النفسية عند المرأة العربية ....

العوامل الاجتماعية في تشكيل الاضطراب النفسي في المرأة العربية ٢٦

المرأة شريك غير مشارك مع الرجل ٢٩

اعتماد المرأة على الآخرين ٣٢

عدم الاعتماد على النفس ٣٤

قلة اللقاء الأسرى بين الزوجين ٣٧

على المرأة أن يكون اعتدادها النفسي وكبرياؤها صادراً من الرجل وليس منه. ٣٨١

المرأة الشريك ذو أقل الصلاحيات في الشركة ٤٠

تقييم المرأة من قبل افتراضات مسبقة متحيزة ٤٠

سوء استخدام التعددية في الزواج ٤١

الفصل الثاني ٤٣

الاضطرابات الزوجية وعلاجها ....

علاج المشكلات الزوجية (العلاج الزوجي) ٤٥

متى يستخدم العلاج النفسي للمشكلات الزوجية ؟ ٤٦

ديناميةالوحدة الزوجية في المجتمعات العربية ٤٨

اختلاط دور الزوج في الحياة المعاصرة ٥٦

دور العائلة الممتدة ٥٩

الفصل الثالث ٧١

الفصل الأول

التأخـــر الــدراســـى

أسبابه وعلاجه

اشترك في الدراسة الدكتور/ سليمان محمد سليمان.

تقديم

مما لا شك فيه أن مشكلة التأخر الدراسي تشغل بال المربيين والمتخصصين في الفترة الراهنة حيث يهتم الباحثون في ميدان القدرات العقلية خاصة بمسألة كيفية علاج هذه الظاهرة في الأعمار المختلفة حيث أن عملية التعرف على التلاميذ المتأخرين دراسياً هو أمر في غاية الأهمية ذلك لأن هذه الفئة لها متطلباتها الخاصة حيث تستعين في ذلك بأدوات القياس المناسبة.

فلقد تعددت الدراسات التي اهتمت بالتعرف عليهم في ضوء وضع اختبارات تحصيلية خاصة في المهارات الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب وتحديد أدنى مجموعة من التلاميذ.

وهناك من وضع في اعتباره الأخذ بالدراسات الخاصة بكل تلميذ في المدرسة الابتدائية بجانب درجات الاختبارات التحصيلية التي يضعها الباحث وأخذ متوسط درجات العينة الكلية وتحديد أدنى مجموعة من التلاميذ.

وهناك من وضع في اعتباره الأخذ بقياس القدرة الفعلية العامة كمؤشر للتخلف والتأخر الدراسي.

ونحن في هذه الدراسة نحاول التعرف على المتأخرين دراسيا في صف دراسي واحد وهو الصف الثالث الابتدائي باعتبار أن هذا الصف يكون امتحانه على مستوى المديرية التعليمية وفي ذلك يمكن أن تكون الورقة الامتحانية الموضوعة مقننة إلى حد كبير تراعي جميع المستويات والقدرات والاستعدادات الخاصة بكل تلميذ. علاوة على أن علاج مشكلة التأخر الدراسي في الصفوف الثلاثة الأولى بالمدرسة الابتدائية يقلل نسب التسرب التي تزداد.

لذلك نعتمد في هذه الدراسة على درجات الاختبارات الموضوعة السالفة الذكر كدراسة لواقع موجود نحاول تطويره بقدر الإمكان وجعل الواقع السيئ أقل سوءا.

وليس مستحيلاً أن نبحث عن صيغ وأساليب أخرى لمعالجة المتأخرين دراسيا تحت ما يسمى مراكز التعليم العلاجي وهناك من الخبرات الأجنبية ما يمكن الاستفادة منها في تطوير هذا الواقع فقد تعتبر فرنسا رائدة في مجال التأخر

الدراسي فأثبتت الدراسات التي قام بها Legrand (لجراند) ١٩٨٢ في تقريره عن التعليم الفرنسي.

ضرورة الحاجة إلى العناية بمراكز التأخر الدراسي المنتشرة بفرنسا والتي تستقبل الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة ويمثلون وفق إحصائية ١٩٧٩ حوالي ٢٣% من إجمالي الأطفال الموجودين بمراحل التعليم الابتدائي.

ومن أهم المراكز هناك مركز إعادة التوافق Adaptation والذي يستقبل الأطفال في سن المرحلة الابتدائية (من ٦-١٢) ويبقى الطفل لمدة سنة بالمركز حيث يعد إعداداً تربوياً ونفسياً في فصول لا تزيد عن عشرة أطفال في الفصل الواحد مع إقامة جبرية داخلية بعدها يتوجه مباشرة إلى نفس المدرسة وإلى السنة التالية دون إعادة العام الدراسي. ويبلغ مجموع هذه المراكز في فرنسا حوالي ١٢ مركزاً منهم ٨ مراكز تحت إشراف وزارة التربية والتعليم الفرنسية و٤ مراكز خاصة، حسب تعداد وإحصائيات ١٩٧٩.

ونظرا لأن الدراسات والبحوث السابقة كانت اهتماماتها البحث عن عوامل ارتفاع وانخفاض التحصيل الدراسي مثل دراسة ل. و. رينج Ridding ١٩٦٧ على التعرف على إجراء دراسات إكلينيكية للتعرف على أسباب التأخر الدراسي وأساليب علاجه مثل دراسة هدى برادة وحامد زهران، ١٩٧٤، ثم اهتمت الدراسات السابقة بالمقارنة بين المتأخرين دراسيا والعاديين والتنبؤ بالأداء الأكاديمي مثل دراسة م كار واخرون ١٩٩١.

ونظرا لأن الدراسات السابقة لم تتناول الأتيان بتصور مقترح للحد من انتشار ظاهرة التأخر للدراسي في ضوء البحث عن أهم أسباب هذه القضية سواء بالنسبة إلى التلميذ أو المعلم أو صانع القرار فقد تبلورت مشكلة الدراسة في تساؤل رئيسي وهو:

١- ما أهم العوامل والأسباب المرتبطة بانتشار ظاهرة التأخر الدراسي من خلال المتغيرات والبيانات الشخصية للتلميذ المتأخر دراسيا؟

٢- ما أهم العوامل والأسباب حول انتشار ظاهرة التـأخر الدراسـي كمـا يراهـا معلمي الحلقة الأولى بالتعليم الأساسي؟

٣- هل توجد فروق بين التلاميذ والتلميذات المتأخرين في الذكاء؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التلاميذ العاديين والمتأخرين دراسـياً في الذكاء؟

٥- هل يمكن التحقق من مدى صدق هذه العوامل والأسـباب المرتبطـة بظـاهرة التأخر الدراسي بدارسة عينة من حالات المتأخرين دراسياً إكلينيكياً؟

٦- هل يمكن وضع تصور مقترح للحد من انتشار ظاهرة التأخر الدراسي؟

مصطلحات الدراسة:

التصـور المقترح:

أي وضع مجموعة من المهام والأداءات للمهتمين بالعمليـة التعليميـة فـي ضوء ما تسفر عنه الدراسة الحالية.

التأخر الدراسي:

ويقصد به في هذه الدراسة التأخر في غالبية المواد الدراسـية فـي الصـف الثالث الابتدائي والذي أدى بالتلميذ إلى الرسوب. أي التلميذ الباقي للإعـادة بذلـك الصف.

المنهج المستخدم في الدراسة:

١- يستخدم المنهج الوصفي التحليلي في وصف الوضع القـائم لحـالات التلاميـذ المتأخرين دراسياً.

٢-يستخدم المنهج التجريبي في محاولة التعرف على بعـض سـمات المتـأخرين دراسياً ومقارناتهم بالعاديين دراسياً في بعض المتغيرات.

٣- استخدام المنهج الإكلينيكي في محاولة الدراسة المعمقة ولعدد معين من التلاميـذ من عينة المتأخرين دراسياً بهدف التحقق من بعض المتغيرات والسـمات التـي

يكونان قد نجحا في حرث الأرض وتقليبها وتعريضها للهواء والشمس حتى الذي اختلف سوف يعاود التفكير، وكلها على موقفه أو يتراجع ليلتقي مع المؤلفان.

ولذا فلا أجاوز القول إذا قلت: إنّ هذا الكتاب هو علامة هامة في الساحة الثقافية وسيكون له توابعه في صورة اختلافات وانقسامات بين طبقات المثقفين والمهتمين وسيكون دافعاً لمزيد من البحث العلمي وفق مناهج بحثية دقيقة محققة لرفض أو تأييد ما انتهي إليه المؤلفان .

ولقد اعتمد الكتاب على أبحاث علمية قام بمعظمها المؤلفان وفي نهاية كل فصل تجد قائمة بالأبحاث التى يستطيع القارئ وخاصة المتخصص أن يرجع إليها، إذن نحن أمام كتاب علمي ليست به خواطر شخصية ولا يعتمد على الخيال، ورغم ذلك فالمثقف غير المتخصص يستطيع أن يستوعبه ويستفيد منه.

وأنا أقول: إنه من أفيد الكتب التى قرأتها على مدى سنوات طويلة وسيكون له أكبر الأثر في الأسرة العربية .

والكتاب عن المرأة، ولكنني أعتبر أي كتاب عن المرأة هو كتاب عن الأسرة، أي المرأة في إطار علاقتها بزوجها وفي إطار دورها كأم، فكل ما يتعلق بالمرأة يكون له أثره المباشر على الأسرة .

والسؤال الذي يخطر على البال عند قراءة عنوان الكتاب : هل هناك اختلاف في نسب تعرض المرأة للمرض النفسي والعقلي عن الرجل؟ وهل الأعراض تختلف؟ وهل هناك علاجات خاصة لا يمكن للرجل استخدامها ؟

الإجابة نعم، إن للمرأة تكوينًا بيولوجيًا خاصًا، ولكن ليس إلى حد يجعلنا نضع حدوداً تفصلها عن الرجل فيما يتعلق بالمرض النفسي أسباباً وعلاجاً،

التعرف على بعض المتغيرات من السجلات والملفات الخاصة لهؤلاء الفئة من التلاميذ.

كما تحاول استطلاع رأي المعلمين الذين يعايشون التلاميذ فترة كبيرة يمكن من خلالها وضع أهم الأسباب التي تحدث هذه الظاهرة وأهم المقترحات لتقليل والحد من هذه الظاهرة.

ولقد نبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال الاطلاع على بعض النتائج الخاصة بتلاميذ المدارس الابتدائية بإدارتي الزقازيق وبلبيس التعليمية بمحافظة الشرقية.

وفيما يلي بيان بالمدارس الابتدائية التي اشتق منها عينة الدراسة التي بلغ عددها ١٣٠ تلميذاً : ٨٠ تلميذاً متأخر دراسياً ، ٥٠ تلميذاً من العاديين دراسياً، ٤٥ معلم بالمدارس الموضحة بالجدول التالي:

جدول (١)

الإدارة	المدرسة
الزقازيق التعليمية	مدرسة كفر أباظة الابتدائية (١)
	مدرسة كفر أباظة الابتدائية (٢)
	مدرسة النصر الابتدائية (٣)
	مدرسة النحال الابتدائية
	مدرسة الحناوي الابتدائية
	مدرسة الجمهورية الابتدائية
بلبيس التعليمية	مدرسة دير عمارة الابتدائية
	مدرسة ابن علم الابتدائية
	مدرسة أولاد قها الابتدائية
	مدرسة ميتكيس الابتدائية
	مدرسة الفردوس الابتدائية

يظل للقارئ الحق في الاتفاق أو الاختلاف وفـــي التــأييد أو المعارضـــة .

ثم استعرض المؤلفان الاضطرابات النفسية واحدًا تلو الأخر مع إرجــاع كل مرض إلى أسبابه البيولوجية وخاصة اضطراب الهرمونات وكذا أســـبابه الاجتماعية. وهنا تبدو شخصية المؤلفين في التقديم والتــأخير وفـــي التــأكيد والتهوين وفي الإظهار والتعتيم .

فلا باحثًا علميًا بدون شخصية قوية ومستقلة، ولا باحثًــا علميًــا بــدون اتجاهات خاصة ناشئة من ممارساته الشخصية في الحياة والخبرات المكتســبة إلا أن الخوف كل الخوف دائما من التحيز.

إلا أن المشكلة التى وقع فيها المؤلفان هو أن العالم العربي ذاته يتكـــون من وحدات منفصلة كل منها لها واقعها الخاص وظروفها الخاصة، ففي بعض البلدان العربية مثلا كما أورد المؤلفان لا تستطيع المرأة أن تكمـــل دراســتها خصوصاً العالية منها، من غير موافقة ولي أمرها من أب أو أخ أو زوج وهذا لا ينطبق على كل الدول العربية .

وفيما يتعلق بحرية التحرك التى تنعكس على قرار المرأة في الذهاب إلى الطبيب النفسي فإن هذا التحرك قد يكون مقيدًا في بعض البلدان ولكـــن فـــي بلدان أخرى تستطيع أن تتخذ المرأة قرارها باستقلالية تامة ثم وتذهـــب إلـــى الطبيب النفسي الذي تختاره ويساعدها في ذلك استقلالها الاقتصادي.

وكان المؤلفان حذرين فلم يتطرقا إلى النقد الاجتماعي إذ يريان أن النقــد الاجتماعى ليس من وظائف الطبيب النفسي وهما لا يحكمان أن ذلك خطـــأ أو صواب ولكن هما يعرضان فقط ما يرياه من عوامل تتفاعل مع بعضها البعض لتشكل طبيعة خاصة للمرض النفسي في مجتمعاتنا العربية .

ورغم الحرص الشديد للمؤلفين إلا أنهما في بعض الأحيان لم يســـتطيعا أن يخفيا مشاعرهما وآراءهما الشخصية ولو بطريقة غـــير مباشـــرة، إلا أن تناولهما الأمور كان يتميز بحساسية العالم في أغلب مواقع الكتاب .

وسوف أترك للقارئ الحكم على هذه النقطة بالذات حتى يكون له رأيه الخاص المتفق أو المعارض لرأى المؤلفين .

وهناك بعض الموضوعات التى لها حساسيتها الخاصة في مجتمعاتنا العربية إلا أن المؤلفان تعرضا لها باقتدار الملاح الماهر الذي يستطيع أن ينجو بسفينته رغم مروره بمناطق وعرة من الممكن أن تؤدي إلى اصطدام مروع يصيح به وبسفينته لو لا هذه المهارة .

تعرض المؤلفان لشتى الاضطرابات الجنسية عن المرأة مثل انخفاض الرغبة واضطرابات الرعشة الجنسية والتشنج المهبلي، وأرجعا بعض هذه الاضطرابات لأسباب عاطفية ولاضطراب علاقة الزوج بالزوجة ولكنهما لم ينسيا الأسباب العضوية التى من الممكن أن تؤدي إلى هذه الاضطرابات، ولم ينسيا حتى العقاقير التى من الممكن أن تؤدى إلى إضعاف الرغبة الجنسية عند المرأة، وتعرضا بشكل أساسي إلى قضية ضعف الثقافة الجنسية أى جهل الرجل والمرأة وأكدا أهمية التثقيف الجنسي الملائم إذ يحمي ذلك الشباب من كثير من الاضطرابات الجنسية المرضية وكذا الانحرافات الجنسية، وتناول المؤلفان بعض المفاهيم الجنسية الخاطئة في المجتمعات العربية وأوردا المفاهيم الصحيحة، وبذلك لم يخل هذا الكتاب من ثقافة جنسية مفيدة وملائمة.

وتناول الكتاب موضوع العلاج الزوجي أو الزواجى الذي يتطلب وجود الزوجين معا أثناء الجلسات العلاجية وأوضحا كيف أن هذا أمر يشق على الرجل نفسه في مجتمعاتنا العربية رغم أن هذه الجلسات قد تساعده على استقرار حياته الزوجية وفهم حقيقة المشكلات التى تواجههما معا وكيفية التغلب عليها وكيفية تفادي وقوعها في المستقبل سواء أكانت مشكلات جنسية أو عاطفية تعوق التواصل الإنساني الطبيعي بين الزوج والزوجة .

وأكد الكتاب على أن الطبيبة الأنثى ستكون أقدر على مساعدة المريضة الأنثى وخاصة أثناء مناقشة المشكلات الجنسية، وأن الطبيبة الأنثى أيضًا

ستكون أفضل في علاج الزوجين معاً، بيْد أنّ الوضع المثـــالي أن يكـون طبيبان ذكر وأنثى هما اللذان يتوليان علاج الزوجين .

ثم يتطرق الكتاب إلى الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة الشـهرية وهو أمر شائع بين الفتيات والنساء، ولا تنجو من الأعراض النفسية للـدورة الشهرية إلا القليلات وخاصة في أسبوع ما قبل نزول القطرات الأولى مـن الدماء، وكيف أن التقسيم الأمريكي الرابع للطب النفسي اعترف بهذه الحالـة كاضطراب قائم بذاته له أسبابه البيولوجية حتما ولكن قـــد تسـهم بعـض العوامل الاجتماعية في إظهار بعض الأعراض0 ومـــن هـذه الأعــراض الشعور بالقلق والتوتر وعدم الراحة وعدم استقرار المزاج كالشعور المفاجئ بالحزن والشعور بالغضب وعدم الاستقرار والتناقص فــي الاهتمــام فــي النشاطات اليومية والشعور بعدم القدرة على التركــيز والشــعور بـالتعب والإرهاق والأرق أو النوم الكثير وفقدان الشهية وأعراض جسدية مثل ألــم انتفاخ في الثدى والصداع وآلام المفاصل والعضلات .

ولم يغفل الكتاب العلاج فذكر من ضمنها مضادات الاكتئاب والعــلاج بهرمون البروجستيرون وكذلك العلاج بفيتامين ب6.

ومن أهم موضوعات الكتاب موضوع الاضطرابات النفسية المصاحبة لسن انقطاع الخصوبة وهي المرحلة التى تصاحب توقف الحيض أو ما قبلها قليلا حيث يبدأ الانحدار التدرجي في وظـــائف المبيــض فيقــل هرمــون الاستروجين إلا أن ثمة عوامل اجتماعية تسهم فــــي ظــهور كثـير مـن الأعراض النفسية المصاحبة لهذه المرحلة وخاصة إذا كان المجتمع يقـــدر المرأة من المنظور الأنثوي فحسب وليس كإنسان يتمتع بالعقل والمشـــاعر وله قيمته وأهميته في حياة البشر بغض النظر عن وجود أو عـــدم وجــود الدورة الشهرية، ومن أعراضه نوبات الحر (الهبو) أي الإحساس المفـــاجئ بالسخونة في الوجه مع العرق والإحساس بالزهق والذي قد يشـــبه نوبـات

الهلع كما تشكو المريضة من الأرق والتقلب المزاجي الذي يميل إلى الاكتئاب الذي يصل أحيانا إلى العنف، وقد ترتفع نسب الطلاق في هذه المرحلة مثلما ترتفع في أسبوع ما قبل الدورة الشهرية، كما تنخفض الرغبة الجنسية في بعض الحالات وليس كلها .

والعلاج بالهرمونات مثل هرمون الاستروجين يفيد إلى حد بعيد، ومن المهم قراءة هذا الفصل بالتفصيل حتى نتعرف على أخطار ومحاذير العلاج بالهرمونات.

ثم تطرق الكتاب إلى الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل والولادة والرضاعة وهو فصل مهم حيث نتعرف على الأعراض التى تكاد تشابه تماما أعراض أي مرض نفسي أو عقلي آخر، وفي هذه الحالة فالأمر يتطلب التدخل العلاجي الفوري مثل أي مرض آخر وكلمات رقيقة أوردها الكتاب عن الأحزان الرقيقة التى تشعر بها المرأة وحدها ولا يلحظها أحد وذلك بعد الولادة مباشرة فتنهمر دموعها وتشعر بفقدان الرغبة لكل شئ وعدم الحماس لطفلها الوليد كما تشعر بالحزن العميق دون أن تبين، ومن واجب الزوج أن يلاحظ هذه الأعراض ليساند المرأة الزوجة الأم نفسياً في هذه المرحلة .

ومن الفصول الممتعة في هذا الكتاب فصل عن الأمراض النفسجسمية أي الأمراض الجسدية التي تنشأ بسبب الضغوط النفسية كقرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والربو الشعبي والروماتويد، وكذلك أمراض الجسدنة حين تشكو المريضة من أعراض جسدية كثيرة دون أن يكون هناك سند عضوي .

ثم هناك فصول عن بقية الأمراض كالفصام والاكتئاب والوساوس القهرية والمخاوف .

إنه كتاب زاخر ملئ بالمعلومات والنصائح، كتاب أرى أنه من الضروري أن تقرأه كل امرأة عربية، بل وكل رجل عربى أيضا إنه كتاب

للأسرة العربية، وهو من أهم الكتب العربية التى صدرت في هذا المجال وربما يكون الأول فيما يتعلق بالمرأة بالذات، وأهميته تكمن في أنه تعرض للواقع العربي المباشر بشكل محدد وتفصيلي وربطه بالأمراض النفسية التي تتعرض لها المرأة.

إن اتحاد الأطباء النفسيين العرب ليفخر بأن يكون هذا الكتاب من ضمن إصداراته تأكيدا لرغبتنا في بناء المدرسة العربية للطب النفسي أما الدكتورة / منى حمزة الصواف فهي مفكرة عربية مسلمة تحمل في حناياها هموم المرأة العربية وقد نذرت نفسها لتجسيد معاناتها وعلاجها والغوص في أعماقها من خلال البحث العلمي ونشر هذه الحقائق وربطها بتخصصها الذي تعشقه وهو الطب النفسي لأن النجاح الإكلينيكي الذي حققته د/ منى الصواف تزاوج مع روحها الوثابة وفكرها الثاقب وأنتج هذا الكتاب مشاركة مع الدكتور قتيبة الجلبي وقتيبة هو علم من أعلام الطب النفسي في العالم العربي، وهو باحث جاد له مئات الأبحاث وعشرات الكتب، وحين سيؤرخ للطب النفسي في المنطقة العربية فإن اسم قتيبه الجلبي سيعلو قائمة العلماء العرب المعاصرين، زد على ذلك خلقه الدمث وتواضعه وحبه لكل الناس .

دكتور عادل صادق

رئيس قسم الطب النفسي والأعصاب

ورئيس مركز الطب النفسي

جامعة عين شمس ـ القاهرة

الفصل الأول

الخلفية الاجتماعية للاضطرابات النفسية عند المرأة العربية

لم يبدأ إلا من زمن قريب ذلك الاهتمام الواضح من قبل الباحثين وعلماء النفس بما يهم المرأة في مجال الصحة النفسية. التي تشمل: الدارسات الطبية النفسية في الخواص أو خصائص تشخيص الأمراض النفسية، أو في النواحي العلاجية و طبيعة استجابة المرأة لها، أو في مجال الاختلافات البيولوجية العضوية بين الذكر والأنثى.هذا بالإضافة إلى وضع المرأة الخاص من ناحية وظائفها الجنسية والاجتماعية.

وتشير معظم الأبحاث والدراسات الميدانية "الأبدميولوجية" (وقد ترجمت في العربية إلى كلمة "الوبائية")، التي تمت في البلدان الغربية المتقدمة علمياً، إلى أن الأمراض أو الاضطرابات النفسية بصورة عامة، منتشرة بين النساء أكثر من الرجال. ويكون ذلك على وجه الخصوص في سن ما بين السادسة عشرة إلى الأربعين. إلا أن ذلك يعزى لميل بعض الرجال إنكار ما يصيبهم من تعكر واضطراب نفسي و مكابرة في التماسَ العلاج، على العكس من بعض النساء اللواتي لا يترددن في الاعتراف بما قد يصيبهن وهن يملن إلى أن يأخذن بمشورة الآخرين الذين من ضمنهم عيادات الطب النفسي. كذلك وجد أن المرأة معرضة إلى الفقر و الفاقة و ضغوط الحياة وكروبها أكثر من الرجل بمرتين ونصف على وجه التحديد وفقًا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية يضاف إلى ذلك ما يرافق النظرة إلى المرأة ومعاملة بعض الناس تجاهها.

ولنضرب مثلاً على الاختلافات بين الرجل والمرأة في مجال الطب النفسي، نرى أن في مرض مثل الفصام، الذي يصيب المرأة بنفس النسبة التي تصيب الرجل، فإن ابتداء المرض وشدته التي تستوجب دخول المستشفي، يكون في الغالب في عز الشتاء وفي شهر كانون الثاني (يناير) في النساء، وعكس ذلك، أي في شهر تموز (يوليو) بالنسبة للرجال. كذلك يكون الفصام

في النساء من النوع الموجب في الغالب، بينما عند الرجال من النوع السالب. هذا بالإضافة إلى أن النساء يستجبن للعلاج بصورة أحسن. تتصف النساء الفصاميات عن الرجال بأن حياتهن قبل ابتداء المرض تكون على مستوى أعلى من الناحية الاجتماعية والثقافية والمهنية من الرجال. كما أن المخ في مرضى الفصام من الرجال كثيراً ما تتضح فيه علامات التلف العضوي مثل كبر حجم البطينات في المخ وصغر حجم بعض أعضاء الفص الدماغي الصدغي، وهذه لا تكون بنفس النسبة و الوضوح في النساء، كما أن المرأة تستجيب للعلاج بكل أنواعه، الدوائي والعلاج النفسي والمداخلات العائلية أكثر من الرجل.

وكل اضطرابات القلق والاكتئاب معاً منتشرة بين النساء بنسبة الضعف عنها في الرجال، ويعزو بعض الباحثين ذلك إلى كثرة تعرض المرأة للظلم وسوء المعاملة من الناحية النفسية والجسدية في حياتها. وكذا فإن سن انقطاع الخصوبة يأتي بتغيرات على الهرمونات تؤثر على الجهاز العصبي للمرأة من الناحية النفسية والعضوية معاً. كما أن أعراض اللهبة وموجات الحر تشبه إلى حد كبير أعراض القلق من تعكر في المزاج والتوتر والتعب والصداع وعدم الاستقرار ووجود الآلام المنتشرة في العظام والعضلات، كل تلك الأعراض تشترك فيها نوبات الحر (اللهبة) مع أعراض مرض القلق، أو أعراض الاكتئاب، حتى إذا لم يكن هناك أي مرض أو اضطراب نفسي في المرأة في هذا السن.

أما حالات الخوف بأنواعه فتشكل مثالاً آخر على اتخاذ الأعراض النفسية مجريً مختلفاً في النساء عن الرجال. فالخوف البسيط يرافقه في أكثر من نصف حالاته نوع آخر من الخوف مثل الخوف الاجتماعي وخوف الأماكن المتسعة، كما يرافقه في نسب أقل سوء استعمال المخدرات والكحول.

فضلاً عن أن مشكلات الزواج والأزمات العائلية الأخـــرى تشـكل عـاملاً يضاعف شدة المرض النفسي بصورة متميزة عما تكون عليه الحـال عنـد الرجل. وهناك بعض حالات القلق وخوف الأماكن المغلقـة والفسـيحة. تـم شفاؤها تماماً بعد أن استطاعت المرأة أن تترك زوجها الذي يسيء معاملتـها. وعندما عادت تلك إلى الزوج انتكست حالتها بسبب عودة الخلافات الأسرية.

والمرأة ذات الشخصية القوية التي تؤثر في الآخرين ولها قدرة قياديـة تمكنها من أن تكون إدارية ناجحة كثيرا ما تكون شقية بتلك الخـواص التـي يتمناها أي إنسان يسعى إلى النجاح. إن المرأة التي ترى في نفسها الصفـات التي يتمناها كل رجل، قد تصاب بالرعب عندما تكتشف تلك الصفـات. لقـد فرض المجتمع البشرى في أي مكان في العالم على المرأة أن تكون منقـادة بدلا من أن تكون قيادية، ويرى أن القيادة يجب أن تكون محصورة في الرجل الذي يكره أن يرى زوجته أقوى شخصية منه وأقوى على إدارة العمل أو دفة الحياة العائلية منه ومن هنا كانت المرأة الذكية والمرأة ذات الشخصية القويـة أو القيادية أو التي تتوافر لديها صفات النجاح في العمل، تكره تلك الخصائص في نفسها وقد تبذل جهدا حتى تخفي ذكاءها وسمات شخصيتها عـن الرجـل حتى تعطي لنفسها فرصة في الزواج. وهناك حالات من الاكتئاب الشديد سببه محاولة المرأة أن تنكر تلك الصفات فيها وتنفي عن نفسها قـوة الشـخصية وقدرتها على الاستقلالية. قد يبدو أن ذلك غريب الحدوث في المجتمع الغربي الذي له سمعته في منح الحرية والاستقلالية للمرأة، ولكن الحقيقة أن الرجـل هو الرجل في كل مكان، والفروق التي نراها بين الشرق والغرب هي فـروق في الكمية وليست النوعية. فإذا كان الحال كذلك في الـدول الغربيـة التـي تساوت فيها المرأة مع الرجل في الحقوق القانونية منذ أكثر من مائة سنة، فما هو حال المرأة في المجتمعات العربية؟

إن معظم النساء يثقن في الآخرين بسهولة ولهذا فليس من المستغرب أن تكون سمات الشخصية البارانويية المتصفة بالشك في الآخرين و توقع الشر والأذى بالناس أقل انتشاراً بين النساء منها بين الرجال. كما أن الاضطرابات المتصفة بالوسواس القهري تنتشر بين معظم النساء والرجال إلى حد سواء بنسبة متساوية تقريباً، إلا أن يكون مركزّا حول الطعام والرجيم والتخسيس أو في مجال النظافة المستمرة.

واضطرابات الوظائف الجنسية منتشرة بين الرجال والنساء على حد سواء. فكثير من النساء يشتكين من اعتلال الرغبة الجنسية أو اضطرابات "الرعشة"، وغالباً ما تتصنع بعض النساء الرعشة لتوحين للرجل بأنهن مستمتعات بالجنس، فهي بذلك تنكر ذاتها وحاجتها لأجل الرجل. إلا أن اهتمام المجتمع منصب بصورة واضحة على مصلحة الرجل بما في ذلك الأبحاث العلمية ووجود العلاجات الدوائية بالإضافة إلى ما يكتب ويناقش في وسائل الإعلام.

وعندما تكبر المرأة في العمر فإنها معرضة لالتهابات المفاصل والآلام الجسمية الأخرى أكثر من الرجل، مما يؤدي أو على الأقل يزيد من تعرض المرأة للاكتئاب في سن الخمسين وما بعدها. وتكون آلامها العضوية والنفسية منها أكبر وأشد، إذا كانت المرأة تعاني من نوع من الاكتئاب فيما قبل سن انقطاع الخصوبة.

إن مرض الإدمان وتعاطي الكحول والمخدرات أحيانا هو مثال آخر لكيفية تعامل المرأة مع المرض النفسي. فالمرأة أولا أقل إقبالا بكثير من الرجل على تناول الكحول بغض النظر عن دينها ومجتمعها كما أفضت بذلك الإحصائيات العالمية. وقد يكون لذلك أكثر من سبب، ولكن ربما كان السبب الأول هو سرعة إحساس المرأة بالذنب وتحمل المسئولية. فالإفراط في تناول الكحول صفة مذمومة اجتماعيا في جميع بلدان العالم تقريبا، وعندما يسيء

المرء استعمال الكحول أو أن يدمن على المخدرات، يكون الشخص بالدرجة الأولى إنساناً غير مهتم بما يتوقع منه المجتمع من أدب وأخلاق وشعور بالمسئولية. حتى في أكثر المجتمعات العالمية تسيباً في الأخلاق يكون انتشار المخدرات والكحول بين النساء نصف ما هو بين الرجال. وعندما تبتلى المرأة بالإدمان فإنها تكون أكثر إحساساً بالذنب والخجل مما يجعلها تتردد في طلب العلاج. والتأخر في طلب العلاج يجعلها أكثر عرضة للمضاعفات العضوية مثل أمراض الكبد والدم والجهاز العصبي المصاحبة لسوء استعمال الكحول والمخدرات. مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب الذي يؤدى إلى حد الانتحار بين النساء اللاتي يتعاطين الكحول وغيره، بصورة أكثر مما يكون عليه الحال عند الرجال. كما تكون المرأة أكثر صبراً وتحملاً من الرجل فبينما تصبر الزوجة وتتحمل الزوج الكحولي أو حتى المدمن نرى أن الرجل إذا علم أن زوجته أصبحت كحولية أو مدمنة فإنه في الغالب سوف لن يصبر على حالها ولن يحاول إعطاءها فرصة العلاج بل يطلقها في أقرب وقت.

إن المرأة لها وضع خاص مع مرض الاكتئاب، فقد ثبت على مدى سنوات طويلة من الدراسات والأبحاث والملاحظات الاجتماعية أن المرأة ولسبب ما اكثر تعرضاً للاكتئاب من الرجل. فهناك من الإحصائيات ما تثبت أن نسبة تعرض المرأة للاكتئاب ضعف الرجل، بل هناك دراسات تبين منها أنها تصاب بالاكتئاب إلى حد أربعة أو خمسة أضعاف الرجل. وكما ذكرنا فربما كان للعنف داخل العائلة ومشاهدة الفتاة أمها وهي تظلم و تتألم من سوء معاملة أبيها لأمها، تأثير كبير على قدرة المرأة على مواجهة حياتها العادية في المستقبل. فحتى في حالات الاكتئاب التي لها جذور وراثية واضحة ثبت أن المرأة تصاب بذلك المرض بنسبة أكبر من الرجل. كذلك ـ كما فصلنا في موضوع آخر من هذا الكتاب ـ فإن الاكتئاب الموسمي والاكتئاب، والاكتئاب غير النموذجي ينتشر بصورة تكاد تكون محصورة بين النساء.

وهناك من الباحثين من عزا كثرة انتشار الأمراض النفسية بين النساء، إلى أن المرأة أكثر استعدادا من الرجل لأن تستشير الطبيب وأكثر تقبلا للعلاج. أي أن الزيادة في عدد المراجعات إلى عيادات الطب النفسي كان السبب في نتائج تلك الإحصائيات، وليس لأن الرجل أقل تعرضا لمشكلات الحياة وكروبها .

العوامل الاجتماعية في تشكيل الاضطراب النفسي عند المرأة العربية:

إن عرضنا لبعض ملامح المرض النفسي عند المرأة الغربية يؤكد أن المرأة في العالم لا تختلف عن زميلاتها العربيات من حيث كونها معرضة لظروف حياتية اجتماعية خاصة لها دور مباشر في اكتساب المرض النفسي. إلا أن للمرأة العربية ظروفها الخاصة التي إما أن تساعد على تكون نوع ما من أنواع الاضطرابات النفسية أو أن تزيد من حدتها أو تؤثر على أسلوب العلاج .

ولقد اعتمدنا في كتابة هذا الفصل على دراسات قمنا بها على مدى أكثر من عشر سنوات في الكويت والمملكة العربية السعودية. لقد نشرت كل تلك البحوث في مجلات طبية عالمية وعربية معنية بالطب النفسي، كما قدمت معظمها في مؤتمرات عالمية في بلدان عربية و أوربية وأمريكية. وبما أن تلك البحوث كانت مكتوبة كلها باللغة الإنكليزية، فلن نستطيع تقديمها كما هي، ولذلك رأينا أن نسرد ترجمة لعناوينها و المجلات التي نشرت فيها، ثم نحاول بعد ذلك أن ندرج خلاصة الاستنتاجات التي توصلنا إليها. ولقد أجرينا اثني عشر بحثا، حيث كان المرضى المراجعون لعياداتنا هم موضوع البحث. وقد شمل الاثنا عشر بحثا أكثر من ألف شخص من المراجعين والمراجعات. وحاولنا في تلك البحوث أن ندرس الظروف الاجتماعية وتأثير التقاليد التي تحكم المجتمع من أساليب في التربية أو عادات متوارثة في العلاقات الزوجية وغيرها، وبعد ذلك درسنا العلاقة بين تلك العوامل وما يشكو منه المرضى

والمريضات والتشخيص المرضي النفسي لحالته أو حالتها. وهنا سرد لعناوين تلك الأبحاث:

- الجلبي، قتيبة."أثر تعدد الزوجات في الزوجات المريضات بالقسم الداخلي (التنويم) في الكويت" مجلة الأمراض العصبية والعقلية (مجلة تصدر من أمريكا). ٥٦:١٢٣، ١٩٨٥.
- الجلبي، قتيبة. "أثر تعدد الزوجات في الزوجات المريضات بالقسم الخارجي (العيادة الخارجية) في الكويت" مجلة الطب النفسي والعائلة (تصدر في أوربا).الجزء ٨، رقم ١، ١٩٨٧.
- الجلبي، قتيبة."أثر الكروب النفسية الاجتماعية على الاضطرابات النفسية في مرضى عيادة في المملكة العربية السعودية.
- الجلبي، قتيبة. "الخوف الاجتماعي في السعودية" مجلة الطب النفسي الاجتماعي.(مجلة بريطانية) ٢٢:ص١٦٧. ١٩٨٧.
- الجلبي، قتيبة. "الزواج التقليدي وعلاقته بالصحة النفسية : دراسة في مرضى العيادة الخارجية في السعودية ". المجلة الاسكندنافية للطب النفسي. ٧٧: ص١٣٩. ١٩٨٨.
- الجلبي، قتيبة. رسلان، عبد الوهاب. "تشكيل معالم الخوف الاجتماعي في السعودية" مجلة الطب الاجتماعي والطب النفسي الوبائي (مجلة بريطانية). ٢٥: ص٣٢٤. ١٩٩٠.
- الشربيني، محمد عصمت، الجلبي، قتيبة. "نحو علاج نفسي محدد بالثقافة الاجتماعية" المجلة البريطانية للطب النفسي. ص١٦٠، ١٩٩٢.

- الجلبي، قتيبة."الأعراض العضوية الظاهرة للاضطرابات النفسية في مجموعة من مرضى العيادات الخارجية في السعودية "المجلة المصرية للطب النفسي. جزء ٩، ص١٨٦، ١٩٨٦.
- الجلبي، قتيبة. "النتائج الكلينيكية للعلاج النفسي المساند مع العلاج الدوائي لمجموعة مختلطة من مرضى العيادة الخارجية في السعودية" المجلة المصرية للطب النفسي. جزء ١٩، ص١٩٨٧،٥٧.
- الجلبي، قتيبة. البخاري، هشدى. الحاج، عثمان. "دراسة في النساء المطلقات السعوديات من مرضى العيادة النفسية الخارجية" المجلة العربية للطب النفسي. جزء١،ص٤٣، ١٩٨٩.
- الجلبي، قتيبة. "الطب النفسي للمسنين في السعودية" المجلة المصرية للطب النفسي. الجزء ١٢، ص٤٧، ١٩٨٩.(ألقيت أيضا في المؤتمر العالمي لطب المسنين في باريس، ١٩٨٨).

ولو نظرنا إلى تلك البحوث ما تتعرض له المرأة في المجتمع الغربي لوجدنا أنها بصورة عامة موجودة في المجتمعات العربية أيضا إذا استثنينا الاعتلالات المصاحبة للإدمان و الكحولية. لكننا نجد أن المرأة في المجتمعات العربية بالإضافة إلى ما ذكرناه، عليها أن تواجه معضلات ومواقف اجتماعية أخرى خاصة بالمجتمعات العربية. وهذا على وجه التحديد موضوع هذا الفصل. وسوف نحاول أن نصنف تلك المواقف والظروف إلى حالات معينة تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على تشكل المرض النفسي للمرأة في المجتمعات العربية وهي على سبيل المثال:

(١) المرأة شريك غير مشارك مع الرجل.

(٢) اعتماد المرأة على الآخرين.

(٣) عدم الاعتماد على النفس.

(٤) قلة اللقاء الأسري بين الزوجين.

(٥) جعل المرأة الجنس الضعيف، بدلا من الجنس الناعم.
(٦) على المرأة أن يكون اعتدادها النفسي و كبرياؤها صادرا من الرجل وليس منها.
(٧) المرأة الشريك ذو أقل الصلاحيات في الشركة.
(٨) تقويم المرأة من قبل افتراضات مسبقة متحيزة.
(٩) التعددية في الزواج.

المرأة شريك غير مشارك مع الرجل:

المرأة تشكل نصف أو ربما أكثر من نصف المجتمع، فإذا كانت هي شريك الرجل في ذلك المجتمع، فالمتوقع أن تشارك بصورة إيجابية في هذا المجتمع. ولكن الذي نراه هو أن المرأة شريكة في الجسم وليس في العقل. إن استعمال العقل يستوجب اتخاذ القرار، وخصوصا القرار الذي يخص ويؤثر على الشخص الذي سوف يتخذه. فهل للمرأة في المجتمعات العربية قدرة على اتخاذ القرار الذي يهم بالدرجة الأولى حياتها الخاصة ؟ أن بعض المجتمعات تفرض على المرأة العربية أن تكون سلبية في كثير من المواقف التي تهم صميم حياتها ومصالحها.

فالمرأة العربية لا تستطيع أن تزوج نفسها باختيارها حتى لو كانت خريجة أكبر جامعة وحاملة للدكتوراه. هذا المبدأ متخذ في أكثر الدول العربية.

فإذا كانت المرأة تعتمد على الرجل (الذي يكون أباها أو أخاها) في قرار زواجها فهي تعتمد على زوجها في قرار طلاقها.

فالطلاق – إن لم تشترط الزوجة ذلك في عقد الزواج – بيد الرجل، فإن أساء استعماله أثم لتسببه الضرر لامرأته، ولكن لو أرادت

الزوجة تطليق نفسها فلن يعطى لها هذا الحق تلقائيا بل عليها أن تثبت للقاضي، أن ظلما أو عذرا شرعيا قد وقع عليها من ذلك الزوج. إننا هنا لسنا بصدد إعطاء رأينا فيما يقرره المجتمع أو القانون، فقد يكون من صالح المجتمع ككل أن يكون له نظام معين أو قانون معين في اتخاذ قرار معين، ولكن هذا لا يمنع من أن يسبب هذا التنظيم ضررا نفسيا على شخص معين، ويبقى ذلك التنظيم واقعا لمصلحة المجتمع والأمة ككل. وقد يكون نظام اجتماعي معين يخدم بحق المصلحة العامة لذلك المجتمع، بل قد يكون خادما لمصلحة المرأة نفسها، ولكنه يؤدي في بعض الأحيان ولعدد محدود من النساء ضررا نفسيا.

ما ذكرناه ينطبق على أكثر من حالة اجتماعية. فالمرأة لا تستطيع أن تكمل دراستها، خصوصا العالية منها من غير موافقة ولي أمرها من أب أو أخ أو زوج. وهذا لا ينطبق على الذكر، فمن النادر أن يستطيع الأب أن يرغم ابنه على إكمال دراسته العليا مثلا.كما لا يمكن للزوجة أن تفرض رأيها في عمل الزوج ولكنها لا تقدر أن تعمل من غير أن يوافق هو على ذلك. قد يقول قائل: إن ذلك طبيعي فالمرأة هي التي تلد وتربي الأطفال، وقد يؤثر عملها خارج البيت على ذلك. نقول: إن ما نقصده ليس هو حق المرأة في العمل، بل في اتخاذ القرار. فهناك كثير من النساء العاملات، يعملن بموافقة أزواجهن، بدون أي تأثير واضح على أولادهم. لكن المقصود هنا أن رجاحة عقل المرأة مقارنة بالرجل لا يؤخذ في الاعتبار فالقرار قراره سواء أكان في ذلك نفع لأولاده أم لم ينفع.

فإذا جعل الإنسان في وضع لا يستطيع فيه أن يتخذ القرارات الأساسية في حياته، فإنه في الغالب سوف يؤدي به إلى السلبية، والشعور بالعجز وعدم

المقدرة علي عمل أي شيء ليخرج من أزمته. إن الشعور بالعجز بحد ذاته سواء أكان ذلك من مصلحة المرأة في النهاية أم لم يكن، قد يؤدي في بعض الأحيان إلى ظاهرة نفسية معروفة تسمى بـ"العجز المكتسب" أو "العجز عن مساعدة نفس المتعلم"، والتعبير الأخير هو ترجمة حرفية لـ Learned Helplessness، ونحن نفضل التعبير الأول لأنه أكثر دقة. والمقصود بالمكتسب أو المتعلم (بفتح اللام)، هو أن الإنسان رجلا كان أم امرأة يولد وله قدرات عقلية أنعم بها الله عليه، ولكن إذا واجه ذلك الإنسان وبصورة مستمرة ظروفاً تجعله عاجزاً عن القيام بأي عمل من ذات نفسه فإنه مع الوقت، وبتكرار الفشل الذي يواجهه في محاولة التخلص من ذلك الوضع غير المرغوب فإنه يصاب بالعجز المكتسب. وعندما يصاب الإنسان بتلك الحالة فإنه يبدأ بعدم المقاومة ثم يتدرج بعد ذلك بقبول الوضع الذي هو فيه و لا يبدي أي امتعاض على ما يقع عليه من عذاب ومن ثم يؤدي العجز المكتسب في كثير من الأحيان إلى حالة من الاكتئاب التي قد تتفاقم أحياناً إلى درجة الاكتئاب المرضي.

من ناحية أخرى هناك مرض معروف منتشر بين الرجال والشبان العرب بصورة خاصة، وهو اضطراب الخوف الاجتماعي. إن هذا النوع من الاضطرابات ينتشر بين الرجال والنساء في البلدان الغربية بصورة متساوية تقريباً، ولكنه يكاد يكون منعدماً بين النساء العربيات. لقد قمنا بعدة دراسات لهذه الحالة شملت ١٢٠ مريضاً، ولقد استنتجنا أن الشبان العرب يصابون بهذه الحالة بنسبة كبيرة جداً عما هي عليه عند الرجال في الغرب. وأن نسبة انتشار الخوف الاجتماعي في الرجال العرب هي أكثر من ستة أضعاف ما هي في الرجال الغربيين. و السبب في رأينا يكمن فيما يتوقعه المجتمع من الرجل من أن يكون قيادياً، و التقاليد العربية بذلك تضع ضغطاً كبيراً على

الرجل لا يقدر عليه بعض الشبان الناشئين، ولهذا كان الخوف الاجتماعي الذي هو نوع شديد جدا من الخجل يجعل الشخص المصاب به عاجزا عن مواجهة الناس ودخول التجمعات المتعارف عليها في المجتمع. بما أن المجتمعات العربية لا تضع أي ضغط على المرأة كي تكون ذات شخصية استقلالية، أو أن تؤدي عملا له تأثيره في المقابلات أو الاجتماعات العامة، لذا فإنها من النادر أن تشتكي من ذلك النوع من الخوف. ومن خلال دراساتنا التي شملت ١٢٠ مريضا بالخوف الاجتماعي من الرجال، كان يقابلهم أقل من عشر نساء من اللاتي يعانين من نفس نوع الاضطراب.

اعتماد المرأة على الآخرين:

في نهاية السبعينيات ونهاية الثمانينيات من القرن العشرين شهدت منطقة الخليج العربي نهضة عمرانية وعلمية وتكنولوجية كبيرة. كان من نتاجها إجراء كثير من الدراسات الإحصائية في مختلف المجالات وكان من ضمنها الطب النفسي. ومن الملاحظات التي جلبت انتباه الباحثين هو أنه في كثير من الإحصائيات التي جرت في مستشفيات وعيادات في أماكن متعددة في بعض دول الخليج العربي، أن المرضى المراجعين للمستشفيات والعيادات النفسية أكثرهم من الرجال وليس النساء كما هو الحال في باقي دول العالم. وكانت تلك الإحصائيات متفقة في ذلك فيما عدى الإحصائية التي قمنا بها في مستشفي الملك فيصل التخصصي بالرياض، ففي ذلك المستشفي كان عدد النساء المراجعات للعيادة النفسية يزيد بقليل عن عدد الرجال.

ولقد أقيم في دول الخليج العربي في الثمانينيات كثير من المؤتمرات الطبية النفسية، وكان تعليق أي محاضر أو باحث حول تلك الإحصائيات أن السبب لا يعود إلى قلة عدد النساء اللاتي يعانين من الاضطرابات النفسية في المجتمعات العربية، بل أن النساء اللاتي تنقصهن وسائل النقل. فالرجل

عندما يشعر بالحاجة إلى الاستشارة النفسية فكل ما عليه هو أن يذهب إلى أقرب عيادة نفسية. ولكن المرأة لا تستطيع أن تأخذ هذا القرار بسهولة فعليها أولا أن تنتظر زوجها أو أخاها أو أباها إلى حين تسنح لهم الفرصة للذهاب بها إلى الطبيب. واعتماد المرأة على الآخرين يجعلها تتردد في طلب الذهاب إلى الطبيب النفسي، لأن الاعتلال النفسي يمس خصوصية عميقة يصعب على الكثيرين والكثيرات أن يبوحوا بسريتها. ومن هنا لوحظ أن المرأة تضطر في كثير من الأحيان إلى أن تتحايل على زوجها ليذهب بها إلى الطبيب العام أو الطبيب الباطني لتشكو من أعراض جسمية وعضوية وهمية. ولا يخفي على أحد الضرر الذي يصيب المرأة التي قد تتوهم المرض العضوي أو تتصنع الآلام الجسمية للطبيب. فالطبيب قد يخطئ التشخيص والعلاج معا و تبدأ رحلة طويلة من طبيب إلى آخر على أمل الحصول على الشفاء لمرض مخفي لا يباح به حتى للطبيب. ومن هنا كانت الاعتقادات الشائعة بين الأطباء النفسيين والمسنودة ببعض الإحصائيات،تشير إلى أن النساء العربيات أكثر تعرضا للأمراض النفسية الجسمية، أو ما يسمى باضطرابات الجسدنة (مصدرها الجسد)، التي هي من الأمراض النفسية المعروفة والمنتشرة في العالم.

أما إذا أصاب المرأة مرض نفسي قوي مثل الأمراض الذهنية كالفصام أو الهوس الاكتئابي، فإن الحرج الذي يصيب العائلة سوف يمنع الرجل من أن يأخذ المرأة للعلاج طالما كان المرض غير واضح للناس. ولكن عندما تتفاقم الحالة ويصبح المرض متقدما بحيث يكون واضحا لكل الناس، عندها يضطر الرجل إلى جلب امرأته للعلاج. بينما يستطيع الرجل الذي يشعر بأي اضطراب لا زال في بدايته أن يذهب إلى الطبيب النفسي بنفسه محافظا على خصوصياته وسريته، مكتسبا في نفس الوقت العلاج المبكر الصحيح.

وهناك مرض نفسي خطير يصيب المرأة، يسمى باسم تـاريخي يمـت بصلة إلى أعراض المرض، هو "**مرض مانتشـهاوزن**" يتمـيز ــ ولأسـباب خارجة عن مجال بحثنا ــ بمحاولة المريض أن يسبب الأذى الجسمي لنفسـه فيدخل المستشفي بعد ذلك دون أن يبوح بحقيقة الأمر، وهـو بذلـك يحـير الأطباء لعدم استطاعتهم أن يعرفوا سبب الأذى. وقد يكون الأذى جرحـا أو كسرا أو حرقا، ولكن أحيانا يكون بطريقة معقدة تدل على معرفة طبية مثـل أن يدخل المريض مراد ملوثة وقذرة إلى جسمه ليسبب الالتـهابات، ويحـير الأطباء أكثر. أما ما علاقة هذا المرض ببحثنا هذا ؟ فهناك نوعا من مـرض مانتشهاوزن، يسمى مرض **مانتشهاوزن بالوكالة**" وهو أن تسـبب المـرأة المرض الجسمي و تؤذي الطفل بإحداث كسر أو حرق، بغية أن تـأتي إلـى المستشفي كي تنام مع طفلها لتعجيز الأطباء عن معرفة السبب الحقيقـي وراء مرض الطفل. وهناك بعض من تلك الحالات ثبت وجودها ونشرت بحـوث طبية عنها في المجلة السعودية الطبية. ولقد كان أحد الأسباب أو الدوافع لـلأم المريضة التي أدت إلى إحداث الأذى الخطير لطفلها وأحيانا طفل ضرتها، هو محاولتها أن تجد سببا تخرج به من البيت. إن هذا مـرض خطـير يصيـب المرأة وهو لا ينجم من كون المرأة ممنوعة من الخروج من بيتها، بل تحـت ستار أن تجد نوعا من الحرية في المستشفي لا تجدهـا فـي البيـت، فـهي بالإضافة إلى فرصتها في الخروج من البيت فإنها تستطيع في المستشـفي أن تستعمل الهاتف مثلا بحرية أكثر أوتكلم الآخرين بطريقة لا تسنح لها داخـل البيت.

عدم الاعتماد على النفس:

قبل الدخول في هذا الموضوع، نريد أن نعيد ما قلنـاه سـابقا مـن أن الغرض من هذا العرض ليس النقد الاجتماعي، فالنقد الاجتماعي ليـس مـن

وظائف الطبيب النفسي. ونحن لا نقول إن ذلك التقليد الاجتماعي، أو تلك العادات، أو هذا الاعتقاد السائد صحيح أو خطأ. وكل ما نحن بصدده هو عرض ما نراه من عوامل تتفاعل مع بعضها البعض لتشكل طبيعة خاصة للمرض النفسي في المجتمعات العربية، كما هي في أي مجتمع آخر في العالم. فكل شعب في هذا الكون له عاداته وخصائصه الاجتماعية التي تشكل الأعراض النفسية التي تتكون في مجتمعه، وكل مجتمع في العالم مختلف، والاختلاف لا يعطي تقييما بالصحة أو الخطأ. نقول ذلك حتى لا يفسر ما نكتبه من أنه انتقاد للمجتمعات العربية وعاداتها، فنحن عرب بالدرجة الأولى ونكن لمجتمعات العربية وتقاليدنا كل الاحترام.

إن موضوع عدم اعتماد المرأة واحدا من أكثر الموضوعات حساسية للنقاش. فالمرأة في المجتمعات العربية لا يمكن أن يكون لها ذلك. قد يكون هناك بعض من المجتمعات العربية في بعض البلدان العربية أكثر تسامحا لأن تعتمد المرأة على نفسها ومن النادر أن يكون لها الاستقلال بمعنى قدرتها أن يكون لها سكن وحدها، أو حتى مع أولادها القاصرين دون أن يكون هناك رجل يحميها. فوجود الرجل في حياة المرأة بصورة مباشرة ليحميها ويشوف على شئونها لابد منه، ومن منا لا يعرف المثل المصري المشهور "ظل راجل ولا ظل حيطة."

قد يكون ذلك في صالح المرأة في أكثر الأحيان، ولكن الرجال أنواع، و قد تبتلى المرأة برجل لا تطيق ظله، فما العمل بعد ذلك ؟ ولو فرضنا أن الزوج الظالم قبل نوعا من التراضي أو قبل أن يأخذ مبلغا من المال كثمن للطلاق، وهذا يحدث كثيرا، فإن على المرأة عندئذ أن تذهب إلى بيت أبيها وتواجه في كل يوم النظرات المتسائلة والمستنكرة لما فعلت. بل أن هناك أكثر من ذلك مرارة، وهو في حالة عدم وجود الأب على قيد الحياة. في على المرأة أن تذهب إلى بيت أخيها وتعيش بين امرأة أخ مستنكرة لوجودها

معهم، أو ربما كان الأخ أكثر ظلما من الزوج. هنا تشعر المرأة وكأنها في مصيدة، فهي أن بقيت فمع زوج ظالم لها ولو تركته لواجهت ظلما أشد منه، على شكل المهانة أمام أخيها وزوجته.

إننا من خلال ممارستنا للطب النفسي في أكثر من بلد عربي واجهتنا حالات دمعت لها أعيننا. هناك من النساء العاملات من كن يعطين أزواجهن معظم دخلهن تحت تهديد الطلاق. فهن لسن راغبات في الزوج نفسه، ولكن في ظله، لأن الحياة في ظل الزوج مهما كانت صعبة فإن الرجوع بجدول الزمن والعودة للعيش مع الأب تحمل من المهانة مما لا يتقبلها كثير من النساء، فيظل الكثيرات منهن يعملن و يعطين من مالهن المورث إلى أزواجهن ويتحملن فق ذلك ظلمهم، لأنه ليس هناك اختيار أهون من ذلك.

أما المرأة غير المتزوجة بعد، فإنها تبقى في بيت أبيها، وهو على الأكثر مكان تستطيع أن تحتفظ فيه بكرامتها، ولكن إلى متى فإن الزواج يجب أن يكون مالها، لأن أباها سوف لن يدوم لها مدى العمر. هنا كان الاختيار واضحا ولا يحتاج إلى الحيرة. فإذا كانت المرأة ذات حظ من الجمال وغيره من الصفات التي تجعلها مرغوبة للزواج، كان لها بعض الخيرة من الرفض والقبول من بين خطابها. ولكن ما العمل للمرأة التي لم يعطها الله ذلك ؟ قد تنتظر فترة لتجرب حظها فإن تأخر الزوج المناسب لن يكون لها كثير من الخيار، عندئذ سوف تقبل أول من يطرق الباب، من أجل الوصول إلى ظل رجل ما. من هنا كانت الكثيرات يقبلن الزواج ممن كان غير كفء لهن طلبا لظل الرجل وليس للرجل نفسه. ومن هنا كان كثير من الشعور بالاستياء، والشعور بالوحدة والعجز. ومن ثم مراجعات العيادات النفسية.

قلة اللقاء الأسرى بين الزوجين :

لا زال المجتمع العربي يحتوي في بيوته على أكثر من أسرة واحدة تسكن في بيت العائلة الكبير. وهذا يعني أن هناك أكثر من زوجة وأكثر من زوج وأولاد عديدين يسكنون في بيت واحد، وهذا شيء لا بأس به إلا أنه يؤدي في كثير من الأحيان إلى المشاحنات والخلافات بين أفراد تلك العائلة، ولقد لاحظنا أن الزوج في تلك الظروف قد لا يرى زوجته إلا في غرفة النوم، فكل الفعاليات الاجتماعية والعائلية تتم دون أن تكون الأسرة وحدة متكاملة. ولقد أدى ذلك إلى أن تكون العلاقة الزوجية ضعيفة لعدم وجود الأسرة في مكان واحد. ففي دراسة شملت سبعين حالة من الحداد الشديد المرضي جراء فقد شخص عزيز. والمقصور بالحداد المرضي هو الشعور بنوع من الاكتئاب الشديد جراء فقد شخص عزيز، الذي يستمر لمدة سنة أو أكثر في الغالب، والمصاحب بأعراض نفسية أخرى، وليس المقصود هنا الألم العادي الذي يصاحب الإنسان مع فقدان أي شخص عزيز عليه. ولقد قدم ذلك البحث إلي مؤتمر للطب النفسي الاجتماعي في واشنطن العاصمة في الولايات المتحدة. ولقد وجد أن المرأة تصاب بالحداد المرضي عند فقد شخص عزيز لديها أكثر من الرجل، وهذا ليس بالمستغرب. ولكن الذي وجدناه أن الزوج ليس هو الشخص العزيز الأول الذي من الممكن أن تصاب من فقده المرأة بالحداد المرضي، بل هو الأب وقد يلي ذلك الأخ ومن ثم الزوج. وهذا يدل على أن العلاقة الزوجية بين الزوجين كفردين مستقلين ليست بالقوة التي يتوقع منها أن تكون. ولو قارنا ذلك بالبحوث العلمية في الحداد المرضي لوجدنا أن السبب الأول لذلك فقد الزوج أو الزوجة على حد سواء. وقد لوحظ خلال السنوات التي أجريت فيها هذه الدراسة (في السعودية) عدم ظهور رجل واحد يعاني من حالة الحداد المرضي بسبب فقد زوجته. نعم هناك من الرجال

في دراستنا من أصيب بالحداد المرضي ولكن لم يكن ذلك جراء فقده لزوجته بل بسبب فقد ابنه أو أبيه.

كذلك لوحظ من خلال خبرتنا التي استمرت خمسة عشر عاما في بلدان الخليج العربي، أن العلاج المسمى "العلاج الزوجي" أو :"الزواجي"، لا يطلبه الزوج لأزمة تمر بها الحياة الزوجية. بينما وجدنا أن الزوجة في العادة هي التي تحاول أن تصلح حال الحياة الزوجية وإبقاء زواجها على قيد الحياة. أي أن المرأة تكاد تكون وحدها صاحبة المصلحة لأنها لا تستطيع أن تستقل بحياتها. ونحن نعلل ما لاحظناه بضعف العلاقة الزوجية، وفي رأينا أن ذلك الضعف متأت من قلة اللقاء الأسري بين الزوجين .

على المرأة أن يكون اعتدادها النفسي و كبرياؤها صادرا من الرجل وليس منها:

لقد درسنا من خلال عيادتنا، كل ما أمكن دراسته في مجال العلاج النفسي في الثقافة الاجتماعية العربية. ولقد ظهر لنا كتاب في هذا الموضوع (العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمعات العربية). ومن ضمن الملاحظات المهمة التي توصلنا إليها، أن اهتمام الفرد في المجتمعات العربية بما يقال عنه، وعن مظهره أمام الناس من أشد الدوافع للنجاح والتقدم. بل إن الفرد العربي قد لا يهمه ما يعرفه هو عن نفسه، بل يكاد ينحصر معنى الاعتداد والثقة بالنفس بما يراه من قبول في أعين الآخرين. وهذا شيء طبيعي ومقبول ولكنه يجب أن لا يكون على حساب ما يقيم هو نفسه به، وما يعرفه هو عن نفسه، أو ما يراه هو صحيحا وليس ما يراه الآخرون صحيحا. وهذه الملاحظة تشمل الرجل والمرأة على حد سواء ولكنها عند المرأة أقوى وأشد. فالمرأة لا ترى لها قيمة خاصة بذاتها إذا لم يكن هناك رجل في حياتها يعطيها هذه القيمة. بل لوحظ أكثر من ذلك فالمرأة العربية تهتم لأن تكون مقبولة من

قبل الرجل قبل أن يهمها أن تكون مقبولة من قبل نفسها. والمرأة العربيــة لا تستطيع أن تستسيغ طعم النجاح الذي تحققه، إذا لم يكن هنـــاك رجـل فـي حياتها. كثير من النساء من يقبلن بسهولة أن يتخيلن عن مستقبل كبـير فـي الطب أو في أي مجال مهني ناجح كأن تكون أستاذة جامعية كبيرة أو باحثـة علمية في مجال محترم من أجل أن ترضي رغبة زوجها. ترى هــل يقبـل الرجل أن يتخلى عن مثل ذلك لمجرد رغبة زوجته؟

إن تلك الظاهرة ليست غريبة في أي مجتمع في العالم نتيجــة الطبيعـة البايولوجية للمرأة لكونها مصدر الحمل والولادة ورعاية الأطفال.ولكن الـذي يهمنا هنا أن المرأة العربية قد لا ترى قيمة لنفسها إلا من خلال موقفها مـن رجل معين. فهويتها في الصغر تتبع من كونها بنت فلان، ثم تكون قيمتها في المجتمعات العربية من كونها زوجة فلان، ثم إن كان ابنها ذا شأن صار يشار إليها بأنها أم فلان، ولا يقال عنها إنها فلانة لذاتها. لقد لاحظنا من دراسـتنا التي ذكرناها في مجال الحداد المرضي، أن المرأة نفسها لا تصاب بالاكتئـاب جراء حداد مرضي في حالة فقدان إحدى الإناث من أسرتها، بل أنها تصـاب بالحداد المرضي إذا فقدت أبا أو زوجا أو أخا أو ابنا. أي أنها لا تحزن لفراق القريب العزيز الذي فقدته، بل تحزن لأن قيمتها الاجتماعية كانت مـن قيمـة الإنسان الذي فقدته. فهي بذلك تبكي وتكتئب لفقدان تلك القيمــة. ولتوضيـح ذلك، نضع مثلا في علاقة المرأة بابنتها. فالعلاقة العاطفية بين المرأة وابنتـها قوية جدا، وربما كانت أقوى من العلاقة العاطفية بين المرأة وابنـها، ولكـن دراستنا لم تشر إلى أن الحداد المرضي يصيب النساء مـن جـراء فقدانـهن لإحدى بناتهن.

المرأة الشريك ذو أقل الصلاحيات في الشركة:

إن كثيرًا من التقاليد الاجتماعية في المجتمعات العربية لا تتفق مع تعاليم الدين في كثير الأحيان. فموقف الإسلام من المهر الكبير معروف، ولكن التقاليد قد تجعل المهر مبالغاً به إلى حد العجز. ويقول الدين: إن الرجل المقبول دينه وخلقه يصبح صالحاً للزواج، ولكن التقاليد في بعض المجتمعات العربية تفرض قيودًا على زواج الرجل في الحضر من المرأة في البادية. من هنا نرى أن هذه التفرقة في المعاملة بين الرجل والمرأة لم تأت من قبل الشرع الإسلامي العادل، بل من قبل عادات وتقاليد متوارثة، ربما كانت جذورها في عصور الجاهلية .

فإذا اشتكى رجل من زوجته إلى صديق، كان الجواب، إن باستطاعته الزواج من غيرها أو طلاقها.ولكن إذا اشتكت امرأة من زوجها، كان الجواب، بأن تصبر.

تقييم المرأة من قبل افتراضات مسبقة متحيزة:

إن وضع المرأة في منظار محكوم عليه مسبقا (Stereotyping) ، ليس بالظاهرة الموجودة في المجتمعات العربية فحسب، بل إن كثيرًا من شعوب العالم ينظر إلى المرأة وكأنها كائن واحد متماثل. فيقال عن المرأة إنها كذا وكذا، وكأن كل نساء العالم متشابهات. وفي الحقيقة النساء مختلفات الواحدة عن الأخرى مثلما هو حال الرجال تماماً. ولقد وجدنا مثلاً أن الشائع بين الأطباء هو أن النساء وليس الرجال هن اللاتي يشكين من أوجاع وآلام لا وجود لمرض عضوي فيها. وهذا الانطباع يتماشى مع الافتراضات المتوقعة من المرأة، ولهذا لم يحاول أحد من الباحثين أن يتأكد بصورة علمية من حقيقة هذا الافتراض. وعندما قمنا ببحثنا حول الأعراض الجسمية للأمراض

النفسية، شمل ٢٧٠حالة فحصت في العيادة، وجدنا أن الرجال يشكون من نفس الأعراض الوهمية بنفس النسبة تقريباً مثل النساء.

ولقد دأب العرب في الجاهلية على افتراض أن المرأة ضعيفة أمام الإغواء الجنسي، وأنها السبب في ما إذا حاول أحد الرجال الاعتداء عليها. ولكن الحقيقة العلمية لا تؤكد هذا الافتراض، لأن المرأة كالرجل هناك القوية وهناك أيضاً الضعيفة.

سوء استخدام التعددية في الزواج :

لقد كان ولا زال تعدد الزوجات مصدراً لنقاش طويل بين آراء مختلفة من قبل المفكرين. ولكن ذلك النقاش كان نتاج المواجهة مع الغرب وتقاليده التي تحرم ذلك، ومن هنا كان الكثير من المفكرين العرب الذين لم يؤيدوا التعدد متأثرين بالفكر الشائع في المجتمع الغربي. ولن يكون هذا مجال نقاشنا هنا فنحن كما ذكرنا لسنا بناقدين أو مصلحين اجتماعيين. إن واجبنا هو أن نبين العلاقة بين أي ظاهرة اجتماعية وما يتعلق بها من نواح نفسية.

لقد كان تشريع التعدد في الإسلام لمصلحة الرجل والمرأة معاً. فالرجل الذي لم يستطع أن ينجب من امرأته، يجد له مخرجاً في الزواج من غيرها، ومن كانت زوجته مريضة مرضاً لا تستطيع أن تقوم بسببه بوظائف الزوجية، سوف يستطيع أن يجد أخرى تعطي له هذا الحق من دون أن يطلق الأولى، وهكذا. كذلك وجد هذا التشريع لحماية المرأة، فمعروف أن هناك زيادة طفيفة في عدد النساء في العالم عن الرجال وتكون هذه الزيادة أكبر في أيام الحروب والكوارث، ومن هنا كانت رحمة الله بالمرأة أن جعل لها زوجاً تستأنس به، إذا فقدت من كان عائلها ومؤنسها في مؤسسة التعدد.

ومشكلة تعدد الزوجات كما نراها في العيادات النفسية هي أن الزواج بالثانية غالبا لا يكون للأسباب التي أباحها الدين بل، يكون

هوى بعض الرجال هو الذي يقرر مصير الزوجة الأولى. فالعادة أن يكون الزواج بالثانية مقروناً بالأذى للأولى.على الرغم من أن تعدد الزوجات كأحد العوامل التي تكون الضغوط النفسية المسببة للأعراض النفسية عند المرأة، يشكل ظاهرة خاصة في المجتمعات العربية، إلا أن المكتبات الطبية خالية من أي بحث في ذلك المجال في أي بلد عربي إلى حد قريب. لقدَ وفقنا الله ودرسنا دور هذه الحالة ولو بصورة مبدئية تاركين المزيد من التفصيل إلى الجيل القادم. ففي دراستين تمت الأولى في القسم الداخلي من مستشفى الأمراض النفسية في الكويت، والأخرى في قسم العيادة الخارجية من المستشفى نفسه، وشملت ٢٤٠ مريضة. وجدنا أن نسبة الزواج المتعددة كما جاء في الإحصائيات الرسمية حوالي العشرة بالمائة. ولكن نسبة النساء المتزوجات اللاتي يرتدن العيادات الخارجية أو المنومات داخلياً في المستشفى النفسي كان خمسة وعشرين بالمائة. أي أن ربع النساء المتزوجات اللاتي يتعالجن من مرض نفسي كن من الزوجات الأوليات. ولقد وجدنا أن كل النساء المراجعات للعيادة النفسية اللاتي من زيجات متعددة كن الزوجات الأوليات في الزواج ولسن الزوجات الجديدات. ومن هذا استنتجنا أن الزواج الثاني له تأثير سلبي على كثير من النساء ومن ذلك تشكل ربع المراجعات المتزوجات. كما اتضح أن الزواج الثاني لم يظهر له تأثير سلبي واضح على الزوجة الجديدة. أي أن نسبة النساء المتزوجات اللاتي من غير الزيجات المتعددة هي نفس النسبة التي وجدناها في النساء في مجتمع البحث ككل. وكذلك فنسبة الزوجات الجديدات في الزيجات المتعددة والمراجعات للعيادة هي أيضاً نفسها في مجتمع البحث ككل.

الفصل الثاني

بعض الاضطرابات الزوجية وعلاجها

علاج المشكلات الزوجية (العلاج الزوجي):

يعرّف العلاج الزوجي، بأنه العلاج الذي يختص بإيجاد وتصميم حلول نفسية وسلوكية للمشكلات التي تنجم عن اضطراب التعاملات بين زوجين. ويركز العلاج النفسي الزوجي على دينامية كل فرد من الزوجين والتفاعل بينهما، بينما يركز ما يعرف بالإرشاد الزوجي على ناحية معينة في التعامل تسبب إشكالاً معيناً ويسعى إلى إيجاد حل لها، دون أن يتعمق في أغوار الملابسات النفسية التي تتخلل تلك المشكلات [١]. وكل من العلاج النفسي والإرشاد يركزان على مساعدة الزوجين على مواجهة مشكلاتهما بطريقة أكثر فاعلية.

ومن المهم أن نبحث في العلاج الزوجي عن أهداف واقعية له. تتطلب في كثير من الأحيان إعادة الصياغة للبنية الأساسية للوحدة الزوجية، وأن نتبين وسائل حل المشكلات من خلال فهم مشترك للأزمة الزوجية. وقد يتطلب العلاج النفسي للمشكلات الزوجية أحيانا علاجاً نفسياً فرديا لأحد الزوجين أو كليهما. ويتم العلاج الفردي على يد نفس المعالج أو معالج آخر، ويهدف إلى تقوية القبليات التكيفية لكل من الزوجين [٢]. **وحتى عندما يكون العلاج الفردي لأحد الزوجين فقط، ينصح بأن يلتقى المعالج** بالزوج الآخر على انفراد مرة أو اثنتين على الأقل. لأن المعلومات التي يعطيها أحد الزوجين منفردا كثيرا ما تثري العلاج بمعلومات ضرورية عن الطرفين، قد لا تظهر في جلسات العلاج الثنائي. ومن المحتمل بكثرة أن يمر الطرف المتلقي لعلاج فردي بتغيرات نتيجة ذلك العلاج، فإذا حدث هذا استطاع المعالج بلقائه مع الطرف الثاني أن يهيئ الأخير ويكيفه لتقبل هذا التغير والتعامل معه. ومن نافلة القول أن نذكر إنه من الضروري التعامل مع أي

تخوف أو قلق لدى أحد الزوجين أو كليهما من العلاج نفسه، فيشرح المعالج لهما تقنية العلاج وأهدافه ومتطلباته قبل البدء فيه.

ولا تختلف أسس العلاج النفسي للمشكلات الزوجية في المجتمعات العربية، في مضمونها عن مثيلاتها في الممارسات التقليدية. إلا أن هناك بعض التغيرات التي ينبغي وجودها في النواحي التكنيكية والافتراضات الأولية لمعنى الوحدة الزوجية قبل تطبيق هذا النوع من العلاج في المجتمعات العربية. ونكرر، إن معرفتنا بالثقافة الاجتماعية العربية في هذا المضمار تساعد على وضع استراتيجية خاصة في العلاج تشكل حجر الزاوية للوصول إلى فهم للديناميكية النفسية ومن ثم العلاج الناجح[٣].

متى يستخدم العلاج النفسي للمشكلات الزوجية ؟

يستخدم العلاج النفسي للمشكلات الزوجية في حالات كثيرة، منها عندما يطلب الزوجان ذلك. وهذا يدل على أن الزوجين على وعي كامل بأن علاقتهما الزوجية تمر بأزمة ناتجة من اختلافاتهما. أما السبب الآخر الذي يستدعي هذا النوع من العلاج، فهو عندما يكون أحد الزوجين تحت علاج فردي ولم يسفر عن نتيجة مرضية. وقد تظهر دواعي العلاج الزوجي في بداية علاج أحد الزوجين فيتبين المعالج أن المشكلة لا تكمن في ذلك الفرد بل أنها مظهر لاضطراب العلاقات الزوجية نفسها. وبصورة عامة فإن الداعي الأول والرئيس في العلاج الزواجي هو اضطراب الاتصالات العاطفية والمعرفية بين الزوجين. ومعنى الاتصالات العاطفية معروف، وهي تعني الاتصالات المعرفية ما يجري بين الزوجين من محادثات ونقاشات ومفاهمات على المستوى العقلي وغير العاطفي، وتقدر بمدى استطاعة أحدهما فهم وتفهم الآخر.

ومن النادر في المجتمعات العربية أن يطلب الزوج هذا النوع من العلاج. إذ في أغلب الأحيان تأتي الزوجة إلى العيادة بحثا عنْ علاج لاضطرابها النفسي، ولكن سرعان ما يتبين أن أزمتها النفسية ناتجة عن عوامل تكمن في الوحدة الزوجية. ولقد وجدنا أن الاقتراح المقدم إلى الزوجة أثناء العلاج بدعوة زوجها للمشاركة فيه يلقى استجابة طيبة وقبولا حسنا من قبلها. أما إذا كان العكس، فمن النادر أن يرضى الزوج بأن تشترك زوجته في العلاج. ومن الناحية الأخرى، فعندما يدعى الزوج لمشاركة زوجته في العلاج الزوجي، فإنه في الغالب يقاوم هذا الطلب ولا يعطيه حقه من الأهمية. وهناك عدة تعليلات لهذا الموقف السلبي من طرف الزوج: منها أنه غير قادر على استيعاب أو فهم الغاية منه أو ماهية العلاج .أو أنه يرى أن العلاج النفسي شيء مخجل ومعيب ولا يحب أن يظهر بمظهر المريض نفسياً. كما أنه يستنكر أحياناً اشتراكه في العلاج لأنه يعتقد أن الأمر لا يعنيه من قريب أو بعيد "فالمريضة عندكم وأنا لم اشتك". وحتى عندما يقتنع الزوج بالاشتراك في العلاج فعادة ما يبذل المعالج النفسي جهوداً كبيرة لإبقائه تحت العلاج وإقناعه بضرورته، لأن الزوج لا يزال منكراً دوره في الأزمة النفسية قيد البحث، ويحب أن يرى المشكلة والأزمة كلها مركزة على الزوجة بوصفها هي المريضة.

أما العامل الآخر في جلب الزوجين إلى العلاج فهو عند علاج الأطفال المضطربين نفسياً. فكثيراً ما نرى أن مشكلات الأطفال النفسية تعود إلى الاختلافات والخلافات بين الوالدين. فالطفل في معاناته النفسية يعكس الوضع العائلي أو الزوجي في البيت ويكون اضطرابه "صيحة للنجدة". وفي العادة يكون الزوج أكثر استعدادا للاشتراك في العلاج إذا كانت مشكلة الطفل وعلاجه السبب الرئيس في الدعوة إليه (٥).

دينامية الوحدة الزوجية في المجتمعات العربية:

يقصد بالدينامية المعاني والدوافع النفسية العميقة التي قد تكون على المستوى الواعي أو غير الواعي، بحيث تشكل مفاهيم الحياة الزوجية في أغوار نفس كلا الزوجين وما يتبع ذلك من مفهوم طبيعة العلاقة والأدوار المناطة بكل منهما فيما يخص حياتهما الزوجية. وسنتناول بالنقاش ثلاثة جوانب تمثل في رأينا ما هو مهم ويحمل مفهومًا خاصاً في المجتمعات العربية. تلك الجوانب الثلاثة هي: دور الزوج، و معنى الوحدة الزوجية، وطبيعة التفاهم أو الاتصال الفكري بين الزوجين.

أولاً: دور الزوج: إن معنى الزواج كعملية يتوحد فيها شخصان برباط مقدس، يكون فيه الاثنان في مستوى واحد. هو مفهوم لم تكتمل معانيه في المجتمعات العربية في كثير من الحالات. فكثيراً ما يسئ الزوج معنى الوصاية ومعنى القوامة ليفرض قوته وجبروته. فهو الحاكم بأمره في البيت وهو الذي يستطيع بكلمة واحدة أن يضع نهاية لهذا الزواج بحيث إذا شاء أرجعه ثانية(٧،٦). ومع أن هذا الموقف المتسلط اخذ بالانحسار نوعاً ما، ومع أنه أخذ في التراجع في كثير من الزيجات العصرية وعند الشباب المثقفين، إلا أن العلاقة تبقى غير متكافئة، وفيها تكون المرأة في وضع لا يوحي بشيء من الأمان.

قد ينظر الزوج إلى الاشتراك في عمليات العلاج النفسي على أنها عملية مهينة بالنسبة له، لأن العلاج النفسي في نظره علاج للضعفاء. وليس من المخجل أن تكون المرأة ضعيفة، ولكن ينبغي للرجل أن لا يكون ضعيفاً. وهذا الدور الذي يقوم به الرجل –القوة والتسلط مقابل الضعف– يعرقل سير كثير من محاولات العلاج الزوجي.

وفي هذا المجال تجدر الإشارة إلى خلط الفرد العربي- مثله مثل الكثير من الناس- بين معنيي الرجولة (Manhood) والذكورة (Masculinity) بحيث يستخدمهما في معظم الأحيان وكأنهما مصطلحان مترادفان، بينما تحمل الرجولة معنى أوسع وأشمل من الذكورة. فإن المشكلة لا تكمن في هذا و إنما في المعنى الدلالي لها حيث يظن الرجل أن أي خلل في قواه الجنسية أو عدم قدرته على القيام بكل أبعادها (الإنجاب) يعني تهديدًا لرجولته. وهذا التهديد الناتج عنه هو الذي يؤدي إلى توتره وضيقه والمضاعفات النفسية للمشكلة الجنسية وتصل إلى دائرة مفرغة، مثلاً: قلق ——— ضعف جنسي ——— مزيد من القلق ——— مزيد من الضعف الجنسي، ، وهكذا .

ثانيًا: الوحدة الزوجية: تتكون الوحدة الزوجية بداهة من اثنين، هما الزوج والزوجة. ولكن هذا التكوين لا يعطي المعنى الصحيح للوحدة الزوجية في المجتمعات العربية. لأن هناك طرفا ثالثا في الموضوع، ولا يمكن حساب الوحدة الزوجية عمليا على أنها ثنائية القطبين بل يجب أن تحسب على أنها ثلاثية الأقطاب. وتشكل فيها عائلتا الزوجين القطب الثالث.من المفترض أن تخضع العلاقة الزوجية في المجتمعات العربية لحكم الأعراف الاجتماعية والتقاليد الضاربة الجذور في الزمن. وقد يختلف دور العائلة الممتدة (عائلة الزوج أو الزوجة) من أناس إلى آخرين حسب وضعهم الثقافي والاجتماعي والاقتصادي ولكن هذا لا يلغي دور العائلة وأثرها تماما. ونحن ـ الأطباء النفسيين ـ لابد أن ننظر إلى المجتمع ككل، ولا تزال المجتمعات العربية تعطي العائلة الممتدة صلاحيات كبيرة في القرارات المهمة التي تخص الزوج والزوجة [٨] حتى في المراحل التحضيرية للزواج، فلو فكر رجل في الاقتران بامرأة وشك أي فرد من العائلة الممتدة بأن عائلتها لا

تكافئ عائلتهم في النسب أو المكانة الاجتماعية فان الضغوط والتلويح بعقوبة المقاطعة للرجل تمارس لإثنائه عن عزمه.

ويؤدي ضعف العلاقة الثنائية بين الزوجين – نتيجة تدخل العائلة الممتدة – إلى عدم تكامل الثقة بين الزوجين. فكما شرحنا في فصول سابقة فإنّ ما يجري من اتصالات بين الزوجين يتم على أساس ما تمليه عليهما الأصول الاجتماعية. وقليلا ما يحدث التفاهم القريب من النفس على المستوى العاطفي مثل أن يصارح أحدهما الآخر بدخيلة نفسه. ونتيجة لهذا التباعد، تظل خصوصية كل منهما قائمة. ولكل من الزوجين حياته شبه الخاصة. فلا تعرف الزوجة مثلاً كم يملك زوجها من مال، ولا تعرف أحياناً راتبه الشهري. ونادراً ما يكون لهما حساب مشترك في البنك.

كما أن إساءة استخدام بعض الأزواج لسلطاتهم تجعلهم يصدرون أوامر تعسفية أحياناً. فقد يمنع أحدهم زوجته من زيارة أمها أو أي فرد آخر من عائلتها أو إحدى صديقاتها، لأسباب "ظاهرية" واهية، بل لا يكلف نفسه أن يشرح لها السبب ولذا كثيرًا ما تصف الزوجة أسبابه بأنها غير مقبولة أو معقولة بيد أنها ترضخ لها حفاظًا على الأسرة والأطفال. وإذا صعب على الزوجة التقيد بأمر تعسفي مثل عدم زيارة أمها، فقد تشرع بزيارتها دون علمه. وليست المشكلة هنا في زيارة الزوجة لأمها بدون علم الزوج، بل في أن الزوجة قامت بعمل يخالف أوامره وبدأت تخفي عنه بعض الأسرار. وإخفاء الأسرار سواء من قبل الزوج أو الزوجة، يؤدي إلى ضعف الثقة بينهما. فإذا اكتشف الزوج زيارتها لأمها أخذ يظن بها الظنون. وبزعزعة الثقة بين الزوجين يتهيأ الجو للبارانويا (أي داء الشك). أي أن جو العلاقة الزوجية الذي تعكر بهذه المخالفة البسيطة أخذ منحنى آخر هو الشك والريبة.

وهذا الشك وعدم الثقة سيزيد من ضعف العلاقة الثنائية في الوحدة الزوجية ويزيد من اضطراب العلاقة الزوجية.

ثالثًا: الاتصال الفكري بين الزوجين: تشكل اضطرابات الاتصال الفكري أو ما نسميه بالتفاهم بين الزوجين السبب الرئيس لوجوب العلاج الزوجي في أي مجتمع في العالم. ويأخذ هذا الموضوع في المجتمعات العربية شكلاً خاصا وطبيعة معينة.

ولقد ذكرنا سابقاً أن الفرد العربي بصورة عامة يرى صعوبة كبيرة في الاتصالات الفكرية التي تحوي شيئاً من الاستبصار. وهذا القول على عيوبه التعميمية، ينطبق إلى حد ما على مشكلات التفاهم والاتصال الفكري بين الزوجين. وللصعوبة التي يواجهانها في التعبير عن مشاعرهما العميقة، ولعدم قدرتهما على مناقشة المشكلة الأساسية التي تزعجهما، فإنهما يتجهان صوب مهاجمة بعضهما البعض ويكيل كل منهما الاتهامات لعيوب ونقائص شخصية الآخر كأشخاص بدلاً من "مهاجمة" موضوع تلك المشكلة. وتصبح المشكلة نفسها في درجة أقل أهمية مما قد جرى بين الزوجين من هجوم شخصي كل على الآخر.أي أن موضوع الخلاف كثيرًا ما يتوارى خلف الهجوم المتبادل على الشخصيات والأشخاص. وأحيانًا يكون موضوع الخلاف من التفاهة والبساطة بحيث ينسى كل منهما السبب الأول في الخلاف. وهكذا يؤدي خلاف تافه إلى عواقب وخيمة تهدد استقرار الزواج ودوامه.

ومن العوامل التي تزيد من هوة عدم التفاهم وفجوة الاتصال الفكري بين الزوجين، خاصية "الصفة السحرية للكلمة" في المجتمع العربي، التي وقعها على النفس لا يقل أحيانا عن وقع الحقيقة. فكل من الطرفين يحاول أن يتفادى الكلام عما يؤلمه ويرى صعوبة في ذكره[١٠] وهذه الخاصية أدت إلى ظهور أسلوب غريب في الطلاق. فيحدث عادة أن يمر الزوج بأزمة نفسية

صعبة، ولكنه لا يتحدث عنها ثم تفاجأ الزوجة بقرار الطلاق على حين غفلة. بل إن الزوج قد لا يجد الشجاعة في أن يواجه زوجته بالطلاق فيرسل الورقة عن طريق البريد. ولعل قصة الحجاج مع هند بنت النعمان تعطي مثالاً واضحًا في هذا الخصوص فقد أرسل لها عبد الله بن طاهر طالبا منه أن يطلقها (يبلغها بقرار الطلاق) بكلمتين ولا يزيد عليهما، فجاءها ابن طاهر وقال لها :"كنت فبنت!"

أما الخاصية الأخرى فتتمثل في النظرة الحدية الضيقة لأمور الحياة . حيث يرى الشخص الأشياء، ومن ثم الأشخاص، إما أن تكون خيراً كلها أو تكون شراً كلها دون أن يدرك أن الإنسان بطبعه مزيج من الاثنين فقد يخطئ ويصيب وقد يعمل خيرًا في يوم ما ويعمل شراً في يوم آخر. وعندما تسيطر هذه الخاصية على إنسان ما فإنه لا ينظر إلى نفسه أو زوجه إلا من منظار الخير المطلق والشر الكلي. فإذا ظهرت مشكلة في المحيط الزوجي لا ينظر إلى ملابسات الأزمة الراهنة بل ينظر إلى الشخص الذي وراء تلك المشكلة، فقد يكون ذلك الشخص متسبباً فيها أو لا يكون؛ ولكنه في الحالتين محل اللوم. وهذا الأسلوب لا يمكن أن يؤدي إلى تفاهم وتعامل أو اتصال فكري جيد بين الزوج والزوجة(١١).

الملاحظة الأخيرة في موضوعنا هذا تشير إلى عامل إضافي في تعثر التفاهم وعرقلته بين الزوجين، هو خاصية الإحيائية (Animism) وتترجم أيضا بالحياتية والروحية والإرواحية. وهو مصطلح صاغه في الأساس العالم الأنثروبولجي "ادوارد تايلر" مشيرًا به إلى اعتقاد الإنسان البدائي بوجود أرواح في الأنهار والجبال والشمس والقمر والظواهر الطبيعية. ثم استخدم هذا المصطلح العالم النفسي والتربوي الشهير "بياجيه"، للدلالة على خاصية معينة عند الطفل في مرحلة مبكرة من حياته عندما يتصرف الطفل وكأن

الأشياء الجامدة لها جسد وروح ولذا يقبل ويقبل على القصص التي تتحـــرك فيها النباتات والحجارة وكل ما هو غير حي في بيئته. ولذا يغضب إذا اصطدم بحافة الطاولة مثلا، ويضربها أو يطلب من أمه ضربها. لأن الطفل في هــذه المرحلة غير قادر على إدراك معنى الحــادث العفــوي، ويغفــل دوره فــي الاصطدام، بل يظن أن الطاولة فعلت ذلك له عن عمد. فلا يحدث أي شـــيء حوله بالصدفة، ولهذا فإن اصطدم به طفل آخر عفويا ضربه ولن يقبل احتمال حدوث ذلك عن غير قصد. والحقيقة أن أغلب الخصومات والمضاربات التــي تحدث باستمرار في عالم الأطفال، تحدث لهذا السبب. فنرى أطفــالاً يلعبــون وعلى انسجام تام، وفجأة وعلى حين غفلة يبدأ الصراخ والعويـــل والخصـــام والضرب. ويجب علينا أن لا نعجب لبقاء الكثير من خصائص الطفولــة فــي الكبار. لأن النضوج العقلي الكامل من كل النواحي من النادر أن يتم في كـــل إنسان. ونرى وجودا لأثر غير بسيط لهذه الخاصية في كثير مــن الزيجــات، فالزوج -أو الزوجة- سرعان ما يثور ويصيح ويغضب على ما بـــدر مــن الطرف الآخر، غير قابل منه احتمال الخطأ أو عدم القصد. ويزيد الطين بلـــة أن الاعتذار يعد في كثير من الأحيان نوعاً من التنازل ويحط من قيمة الفــرد، فيرفض المخطئ عن قصد ــ أو غير قصد ــ أن يعتذر، وهكذا تزداد الـــهوة واضطراب التفاهم بين الزوجين.

موجز حالة: حكاية حصة:

"حصة" سيدة متزوجة، في الخامسة والثلاثين من العمر. أتت إلى العيادة شاكية من أن زوجها قد تغير في الأشهر الماضية إذ صـــار يقضـــي معظـــم الوقت خارج البيت وأنه نادراً ما يجلس معها أو مع بناته الثـلاث (١٠ و٨ و٥ سنوات) ويعود إلى البيت متأخرا فيتجه إلى سريره مباشـــرة، أمـــا الاتصـــال الجنسي بينهما فهو شبه معدوم. كما أنه يسيء الحديث إليها ويشتمها ويتهمـــها بالتقصير في حقه وفي الاعتناء بأطفالهما. ويصفها بالغباء وبأنـــها لا تحســـن

للتصرف مع الناس وفي الأماكن العامة. وأكثر من هذا أنه بدأ يشك في إخلاصها له وصار عصبيًا يثور لأتفه الأسباب.

ويشكل "أحمد" (٤٢ سنة) و"حصة" نموذجا للزيجة العصرية فهي معلمة في مدرسة وهو حامل لشهادة الدكتوراه من جامعة غربية ويتبوأ مركزا أكاديميا محترما. ولم يكن زواجهما تقليديا فقد تعارفا قبل الزواج وتبادلا مشاعر الحب الصادقة قبل أن تتقدم أسرة "أحمد" لخطبة "حصة" له.

وكانت "حصة" في حالة يأس بيد أن حالتها لم تكن لتشكل تشخيصا مرضيًا. لقد كانت مرتبكة وقلقة خشية أن يتطور الوضع إلى الطلاق. وهذا ما دفعها لطلب الاستشارة النفسية. ومن ناحيتها قالت: إنه لم يطرأ شيء في موقفها منه أو في سلوكها يبرر معاملة زوجها السيئة. وجاءت "حصة" تطلب المساعدة مدركة أن العلاج الزوجي هو الأمثل لهما. ولم تكن "حصة" لتجرؤ أن تبدي ذلك لزوجها، فلم يكن مستوى الاتصال بينهما يسمح بذلك.

وقد مرت علاقتهما الزوجية في الماضي بفترات شد وجذب ولكن أهم ما حدث هو طرده لها من البيت حيث أمضت عند أهلها سنة كاملة دون أن يعيدها أو يطلقها أو يذكر سببًا بل تركها معلقة في الظلام، ومنع اعتداد أهل "حصة" بأنفسهم من أن يسألوا "أحمد" عن سبب هجره لها. وتذكرت "حصة" أن تصرفه هذا كان ردًا على ما اعتبره "أحمد" مدعاة للحرج إذ اتصلت به هاتفيًا عدة مرات في مقر عمله. وكان قد سبق له أن حذرها من ذلك ولكنها لم تمتنع وفي ذلك اليوم اتصلت به عدة مرات ففقد صبره وأرسلها إلى بيت أهلها. و"حصة" لا تريد أن تتكرر هذه التجربة.

ولحرص المعالج على مساعدة المريضة في مأزقها وافق على خطة لإدخال الزوج في العلاج. واتصل به في مقر عمله وأخبره أنه يعالج زوجته التي تعاني من مشكلة نفسية شديدة وأنه يريد معرفة أكثر معلومات ممكنة من أقرب الناس اليها لأهمية ذلك في علاجها. ووافق "أحمد" على مقابلة المعالج

وأتاه في العيادة بمفرده. وكان المعالج حريصا على ألا يسأل الكثير عن شئون "أحمد" مركزا على أن المشكلة تكمن في نفسية "حصة" المضطربة. وبعد أن حاز المعالج على ثقته وقوة العلاقة معه بدأ المعالج يسأله عن الزواج. وبالتدريج وبعد بضع جلسات فردية مع الزوج تمكن المعالج أن يشركهما في علاج ثنائي.

وأثناء الجلسات الفردية مع "أحمد" تبين بوضوح أنه كان يعاني من ضغوط شديدة في العمل. وكان لديه شعور عميق بالإحباط والفشل و ازدراء الذات، كما كان يشعر أنه ليس قادرا على إنجاز ولو قدر صغير مما كان يأمل تحقيقه عندما تخرج بتفوق في جامعة مرموقة في الولايات المتحدة. وكان يشعر أيضا بأن عمله الحالي يضعف من معنوياته و لا يحقق إرضاءا له ولا إنجازا فضلا عن أن عمله لم يعطه أي فرصة لتحقيق طموحاته.

ولم يستطع "أحمد" أن يتذكر ظروف وملابسات هجره لزوجته سنة كاملة -مما يدلل على ضعف درجة الاتصال بينهما-ولكن زوجته ذكرته بما كان من مكالماتها له في العمل، فتذكر بسرعة واسترجع كثيرا من التفاصيل أكثر وأقر بأن رد فعله ذاك كان أكبر مما يستحق الموقف.

وكان المعالج ملتزما بالحذر من أن يوجه إلى "أحمد" أي اتهام بشأن المشكلة الزوجية ويتناول الموضوع كما لو كانت المشكلة تتركز بصورة رئيسة في نفسية زوجته. وتحول المعالج بالتدريج إلى التعامل مع نفسية "أحمد" في جلسات فردية. وكشف "أحمد" عن الكثير من إجهاده النفسي ووافق على تناول مضادات الاكتئاب ولكنه أصر على أن لا تعرف زوجته شيئا عن ذلك.

وهنا نقطتان رئيستان توضحهما هذه الحالة الأولى: الموقف السري للزوجين فالخطة العلاجية نفسها بنيت على أسس من السرية. والثانية:

اختلاط دور الزوج في الحياة المعاصرة:

إلى عهد قريب ــ وإلى الآن في معظم القرى والأرياف العربية كان دور كل من الزوج والزوجة واضحاً ومحدد المعالم. فالزوج هو الذي يكد ويشقى ليجلب لقمة العيش لزوجه وأبنائه، والزوجة مكانها البيت لتبقيه نظيفاً ومهيئاً لراحة زوجها عندما يرجع، ومهمتها الأساسية تربية الأولاد. وهكذا يعرف كل من الزوجين سلفًا واجبه ودوره في الحياة. ويكون البعد الاجتماعي في علاقة الزوجين محدودًا. وهذه الأدوار الواضحة ستقلل بالطبع من الاحتكاك بينهما، وبالتالي فإن مشكلات اضطراب الاتصال والتفاهم قليلة الحدوث(١٣).

أما الآن وفي عصرنا هذا، فقد دخلت المرأة ميدان العمل وكسب الرزق. ولم يعد ذلك واجب على الزوج وحده. كما أن مسئولية تربية الأولاد لم تعد من اختصاص الزوجة فقط. وأصبح من الضروري أن يخصص الأب قدرًا أكبر من الوقت لأولاده فيأخذهم إلى أماكن الترفيه و الفسح. كما أصبح اجتماع الزوج بالزوجة أكثر وأصبح السفر في الإجازات مع العائلة شيئًا طبيعيًا. وكل هذا زاد من احتمالات الاحتكاك بين الزوجين، وكل ما زاد ذلك زاد معه احتمال اختلاف وجهات النظر والتصادم.

إن اضطراب دور الزوج وعدم وضوح الرؤية بالنسبة له، هو من أهم أسباب الاضطرابات الزوجية بشكل عام. فبعض الرجال في المجتمعات العربية على الرغم من أنهم لم يعودوا المعيلين الوحيدين للأسرة بعد دخول المرأة مجال العمل، إلا انهم لا يزالون متمسكين بمركزهم كأصحاب السلطة الوحيدين. وبقاؤهم أصحاب السلطة الأولى في المنزل أمر تقبله معظم النساء وحتى العاملات منهن، بيد أن قليلا منهن اللاتي يقبلن أن تكون سلطة الزوج مطلقة. وتقوم كثير من النساء بالتعبير عن آرائهن ووجهات نظرهن في كثير

من أمور الأسرة. ولهن آراؤهن الخاصة في ترتيب ميزانية البيت وفي تربية الأولاد واختيار حياتهما الاجتماعية، الخ. ولهذا نرى ازدياداً ملحوظاً في اضطرابات الحياة الزوجية وكثرة المراجعات النفسية لعلاج هذه الحالات في المجتمعات العربية المعاصر. وتشير دراسات مختلفة أجريت في عدة مجتمعات عربية إلى ازدياد حالات الطلاق بين المتعلمين.

موجز حالة: حكاية "سامية":

"سامية" في السادسة والثلاثين من العمر. متزوجه ولها ولد عمره ١٤ سنة وأحضرها زوجها إلى العيادة بناء على موعد عاجل إذ كانت على حد قوله "منهارة نفسيًا تمامًا". وحكى الزوج (علي) أن زوجته علمت مؤخرًا أنه متزوج في السر بأخرى منذ سنة. ومنذ تلك الساعة أصبحت عصبية ولا تتحكم في غضبها وتصرخ في وجهه باستمرار وتبدي له مشاعر الكره. ولكنها كانت تقوم بعملها وبأعباء المنزل بشكل عادي. ولم ير الزوج مبرراً لتصرفات زوجته لأنه طلق الثانية بعد اكتشاف "سامية" الأمر بوقت قصير.

وكانت "سامية" منهارة فعلا مما استدعى إدخالها المستشفي. وبينت المعلومات التي عرفت بعد ذلك أن غضب "سامية" لا يعود إلى اقتران زوجها في السر بأخرى فحسب، ولكنها كانت تشعر بأنها قد خدعت واستغلت وغور بها. ففي السنوات القليلة الماضية دأب زوجها على طلب المال منها لبناء بيت آخر كاستثمار للمستقبل، وسجل البيت باسمه فقط. ولم تعترض "سامية" فالدارج ــ والمتوقع ــ أن تكون ملكية المسكن للرجل. ولم يكتف "علي" بإسكان الزوجة الثانية في المنزل الجديد فحسب، بل كان يصرف عليها من مال "سامية". وعلاوة على ذلك اكتشفت كذبه عليها بشأن طلاقه الأخرى. ولكن "علي" تشبث بقوله وأضاف إنه لم يكن جاداً بشأن الزواج الثاني وإنه

أقدم عليه لتمضية الوقت ولإشباع رغبته الجنسية. وفيما بعد اتضح أن"سامية" كانت صادقة فقد تبين أنه قد أعاد الزوجة الثانية إلى عصمته.

وبفحص ماضي "سامية" و"علي" تبين أن زواجهما تم بالطريقة العاديـــة. وبعد انجاب الولد أصيب علي بمرض ما أدى إلى عقمه. ولأن عقم الرجـــال، في الثقافة السائدة، مدعاة إلى الخجل والشعور بالعار، تطوعت "سامية" بنســبة العقم الي نفسها أمام الناس، وحافظ "على" بذلك على صورته الذكورية. وبدلا من تقديره لزوجته اتخذ من عقم زوجته المزعوم ذريعة للزواج مرة أخــرى. ومن الشائع أن يعد عقم الزوجة مبررا مقبولا ومعقولا للزواج بأخرى.

وبعد فترة من العلاج الزوجي المكثف الهادف إلى التوفيق والـــتراضي قبلت "سامية" بالوضع القائم. خصوصا أن أسرتها ممثلة باخوتها (إذ أن والدها متوفي)، عارضت طلبها الطلاق لأنـــها -أي الأســرة- لا تعتقــد أن زواج "علي" بأخرى يبرر رفض "سامية" لزوجها.

واستمر "علي" و"سامية" في حياتهما وحافظــا علــى مواعيــد العــلاج بانتظام. ولكن ظهرت أزمة جديدة فقد كان "علي" في حاجة للمال وطلب مــن "سامية" أن تعطيه معظم مرتبها الشهري وتكتفي فقط بما يفـــي بمصاريفــها الخاصة وإلا فسيمنعها من العمل. وفي جلسات علاج فردي تم التوصل إلـــى حل وسط وهو أن تعطيه نصف المرتب. وقبل "علي" بذلـــك لأنـــه يعلــم أن انقطاعها عن العمل ليس في مصلحته فحينئذ لن يحصل على شيء بالمرة.

وتبرز لنا هذه الحالة "اختلاط الدور (Role Confusion) "لــدى الــزوج بشكل جلي. فمن ناحية هو صاحب السلطة المطلقة ومــــالك العقــار. ومــن المفترض أن يكون هو المسؤول عن لقمة العيش وتكاليف الحياة مقابل سلطته التي لا ينازعه فيها أحد. ولكن الحياة العصرية أحدثت تغيرا مهما هو فرصــة العمل للمرأة وكسبها المال. ومازال الرجل محتفظا بسلطته في مواقع كثـــيرة

ولكنه مستعد لبعض حلول الوسط من أجل المال. و"حق" الرجل في المال الذي تكسبه زوجته كان موضوعا لمناقشات عامة وأباح أحد علماء الدين الإسلامي الأفاضل على شاشة التلفزيون بأن من حق الزوج أن يحصل على نصف دخل الزوجة لأن حصولها على هذا الدخل ما كان يتأتى لها لولا موافقة الزوج على عملها على حساب راحته وعنايتها به.

إن تحول دور المرأة ليكون أكثر فعالية وإنتاجية في المجتمع العربي أضحى أحد الأسباب المتكررة للخلافات الزوجية.

دور العائلة الممتدة:

سبق أن ذكرنا أن وجود العائلة الممتدة ودورها في الحياة الأسرية يحول البنية الزوجية من وحدة ثنائية إلى وحدة ثلاثية تكون فيها عائلة الزوج والزوجة معاً الطرف الثالث. وفي كثير من الأسر العربية يبقى الزوجان عدة سنوات في بيت عائلة الزوج. ويظل سلطان والديّ الزوج باقيًا كما هو قبل الزواج. ويبقى الزوج هو الابن المطيع لأمه وأبيه. ولكن دور الابن المطيع لا يمكن أن ينفذ بالكامل إلا على حساب الزوجة في كثير من الأحيان. فتظل الزوجة تحت رحمة حماتها وتستمر الاصطدامات بين الزوجة وحماتها، ويكون الزوج ممزقًا بينهما. وموقف الزوج صعب للغاية في مثل هذا الوضع لأنه لا يريد أن ينحاز إلى جانب زوجته التي غالبا ما تكون في وضع ضعيف، وفي نفس الوقت لا يقدر أن يجابه أمه حتى وإن لم تكن على حق. فواجب الابن البار لا يحتم عليه عدم معاتبة أمه مهما كان السبب فحسب بل الانتصار لها أيضا. وهكذا فان الزوجة كثيرًا ما تكون كبش فداء الأزمة. ويدفع الزوج ثمن المأزق العسير فهو معرض لتأنيب الضمير إن وقف في وجه أمه، حتى وإن لم تكن على حق من وجهة نظره. وفي نفس الوقت يشعر بالذنب تجاه زوجته التي خذلها.

وتدخل العائلة الممتدة في شؤون الزوجين ليس بالشيء المستنكر في بعض المجتمعات العربية بل هو إحدى خصائصها. وهناك بعض الحالات التي مرت علينا في قيامنا بهذه المهنة مما يعجب لها. ففي إحدى المرات طلق رجل امرأته وتزوج غيرها ثم طلقها وتزوج من أخرى ثم طلقها وتزوج بثالثة وهم أن يطلقها. وقد قام بذلك كله ضد رغبته هو، ولم يكن راغبا في الطلاق في أي من الزيجات. ولكن لسبب ما كان أبواه لا يحبان من تقع في نصيبه من الزوجات ولذا كانا يأمرانه أن يطلقهن. ولم يملك الزوج إلا الاستجابة لهما لأنه لا يستطيع أن يخالف أمر والديه. وفي حالة أخرى كان الأخ الأكبر للزوج هو صاحب الأمر والنهي، ولقد أجبر زوجة أخيه على أن تترك عملها كمعلمة في مدرسة، على الرغم من أن الزوج نفسه لم يكن يرغب في ذلك. وتحفل كتب الأدب والأخبار في التراث العربي بالكثير من القصص، ومنها قصة قيس بن ذريح ولبنى فقد تمكن قيس من الزواج من لبنى بعد قصة حب عنيفة وبعد جهد جهيد ووساطة من علية القوم، ولكن لم يرزقا بأطفال فطلب أبو قيس منه أن يتزوج من غيرها فأبى فأقسم الأب أن لا يأكل أو يشرب أو يظلله سقف ما لم يطلقها، وشرع في تنفيذ ما يحمله قسمه حتى أذعن قيس فطلق لبنى.

وفي أحيان أخرى يقع الزوجان في مواقف صعبة بين عائلتي الزوج والزوجة. فقد تجد إحدى العائلتين شديدة المحافظة وتحرم المرأة أبسط أنواع حقوقها، بينما تكون الأخرى أكثر مرونة. وكل واحدة من الأسرتين تريد من الزوجين أن يتبعا أسلوب حياتها، ويبقى الزوجان ممزقين بين هذه وتلك.

والمهم ذكره في هذا المجال أن المعالج النفسي كثيرًا ما يجد نفسه في طريق مسدود، مثلما يحدث عندما يتبين أن المشكلة الزوجية الراهنة هي نتيجة اضطرابات داخل الأسرة الممتدة وليس في العلاقة بين الزوجين.

فالواقع العملي هنا مقيد بالعائلة الممتدة. وهذه ليست في متناول يد المعالج. إذ ليس في حدود علمنا أي دراسة أو محاولة لإشراك حمى أحد الزوجين في العلاج، وإذا حدث ذلك فإنه لم ينشر بعد على أغلب الظن.

دراسة حالة قصة "إبراهيم" و "سلوى":

تمت خطبة "إبراهيم" و"سلوى" منذ ثلاثة أشهر وكانا ينتظران الزواج. هو مهندس في الثامنة والعشرين من العمر ويعمل في وظيفة ذات مرتب عال وهي أخصائية اجتماعية في مستشفي. وقدما إلى العيادة لأن "سلوى" كانت في حالة عدم الاتزان الانفعالي ومنهارة وتشعر بالغضب والقلق. كما كانت مشوشة الذهن وترى أن مشروعاتها قد أحبطت وأن مستقبلها قد ضاع.

ونشأت حالتها هذه بعد أن قال لها "إبراهيم" إن والديه غيرا رأيهما في زواجه منها وأنهما يطلبان منه أن يفسخ الخطبة. وكان يؤكد تعلقه بها وفي الوقت نفسه يرى أنه من العسير أن يتصدى لرغبة والديه. وفسخ الخطوبة من قبل الرجل يضع الفتاة في موقف حرج (ماذا سيقول الناس عن بنتنا..هـه!؟) وقد يؤدي هذا إلى إلغاء كل فرص الزواج للبنت، لأن الناس سيظنون أن هناك علة ما في الفتاة. ولكن فسخ الخطوبة من قبل الفتاة لا يؤدي إلى هذه النتيجة الوخيمة لأي منهما. وهكذا نستطيع أن نفهم حساسية وضع "سلوى". فهي لن تخسر خطيبها فحسب ولكن من المحتمل أن تخسر فرصة الزواج في المستقبل.

ولم تكن خطبة "سلوى" لـ"إبراهيم" تقليدية فقد تقابلا في مكان عملها ونشأ الحب بينهما. وكانا يمضيان وقتا طويلا في الحديث عبر الهاتف. وأقنع "إبراهيم" والديه برغبته، وذهبت أسرته لطلب يد "سلوى" من أهلها، فوافقوا

وأشهرت الخطبة. ولكن بعد ذلك لم ترتح أم إبراهيم لسلوى، ولم تحبها، وزعمت أن "سلوى" تريد أن تقترن بـ"إبراهيم" من أجل وضعه المالي. وانحاز أبوه إليها، وشعرا انهما أخطآ في موافقتهما على الزواج، ومن هنا بدأ يضغطان عليه لفسخ الخطوبة. ولأنه يحبها فقد كان "إبراهيم" في ورطة عويصة بين طلب والديه، ورغبته في الزواج من "سلوى". وأخبر "سلوى" عن مأزقه، وكان الموقف حرجا للغاية. فكلاهما على درجة عالية من التعليم ولا يريدان أن يرضخا لرأى الأب والأم، ولكنهما في نفس الوقت يشعران بالضعف تجاهه.

وبعد جلسة نقاش طويلة اتسمت بدرجة عالية من الاتصال الفكري والتفاهم، توصلا إلى حل خطير. فقد انبثقت فجأة في رأسه فكرة الزواج من "سلوى" دون علم والديه، إذ حصل "إبراهيم" حديثًا على بعثة دراسية إلى بريطانيا لمدة عامين. وأعمل الخطة في أن يسافر إلى بريطانيا متظاهرا بفسخ الخطبة وتلحق به "سلوى" إلى بريطانيا ليعقدا قرانهما هناك. ومن المهم أن نعرف أن أهل "سلوى" لم يعرفا حتى هذه اللحظة بتغير موقف والدي "إبراهيم"، فوافقا على أن تسافر ابنتهما إلى بريطانيا مع "إبراهيم"، وأنْ يعقدا قرانهما هناك.

وسارت الخطة حسبما رسما، وذهبا إلى بريطانيا ، وقضيا وقتا في غاية السعادة. ولكن فجأة حدث ما لم يكن منه في الحسبان، فقد علم والدا "إبراهيم" بما تم، وأمره أبوه بالقدوم إلى الوطن في زيارة. وكان "إبراهيم" يظن أنه سيتوصل إلى حل مناسب مع أبيه واعتقد أن وضعه لأسرته أمام الأمر الواقع سيجعل أمه تقبل به. لذا طلب من "سلوى" أن تذهب لزيارة أهلها أيضا. وهكذا اعتقد كل منهما أنها ستكون زيارة قصيرة. وفجأة فقدت "سلوى" الاتصال مع "إبراهيم"، ولكنه اتصل بها فيما بعد، وأخبرها أنه قد عاد إلى بريطانيا

وسيبعث إليها بتذكرة الطائرة لتلحق به. وبعد أيام اتصلت به، فطمأنها بأن كل شيء على ما يرام، وأنه أرسل إليها التذكرة. وبعد يومين وصلتها رسالة منه ولم يكن فيها تذكرة السفر، وبدلا منها كانت ورقة طلاق بالثلاث (بينونة كبرى) ولا نملك إلا أن نتخيل حالة الصدمة التي ألمت بسلوى، وكان على المعالج أن يتعامل مع أزمة "سلوى" الشديدة.

في واقع الأمر، حاول "إبراهيم" التهرب من مصارحة "سلوى" بالحقيقة، بأن يقول عكسها تماما. وهذا مثال على السلوك التجنبي وضعف مفهوم الاتصال. ومنعه مجرد شعوره بالحرج البالغ من حقيقة موقفه من أن يواجه زوجته، أو أن يحيطها علما بما يجري، فكان يقول لها ما يظن أنها تحب سماعه، بدلا من مصارحتها بالحقيقة. وكان يعلم بأن الحقيقة لابد وأن تعرف، ولكن دون أن يقوم هو بإيصالها. ولا حقا اقترن "إبراهيم" بفتاة من اختيار أمه.

وفي هذه الحالة رأينا مدى تأثير العائلة على الزواج. كما رأينا شابين رفضا الرضوخ للتقاليد وحاولا بإصرار تحديها ومعارضتها بيد أنهما لم يفلحا.

ملاحظات مقترحة في تكنيك العلاج الزوجي:

كما هي الحال في كل أنواع العلاج النفسي الأخرى، لا تتغير القواعد الأساسية للعلاج. فالعلاج الزوجي قد يشمل بطبيعة الحال قدرا من العلاج الفردي لأي من الزوجين أو كليهما. ويستحسن أن يشترك في العلاج معالج ومعالجة تتمثل الوحدة الثنائية بهما. وعند الحاجة إلى الجلسات الفردية يتابع المعالج الزوج والمعالجة الزوجة. وعلى المعالج أن يحاول أن يكون بعيد النظر وواسع الأفق، ليلاحظ ما يجب تغييره أو تحويره في أسلوب العلاج الزوجي وسيره ليتلاءم مع معطيات المجتمع، فيزيد من نجاح هذا العلاج

وفعاليته. وفيما يلي نقدم بعض الملاحظات التي يجب أن ينتبه إليها المعالج ويوليها أهمية خاصة أثناء القيام بالعلاج الزوجي:

(١) أولاً، يجب أن يحظى موضوع القيادة العلاجية بعناية خاصة. أي من الذي يقود عملية العلاج الزوجي. وقد يكون جواب السؤال بديهياً، فالمتوقع أن يكون المعالج قائد العلاج وهو يمثل نوعًا من السلطة. ولكن الموضوع قد يتعقد في العلاج الزوجي، عندما يقوم الزوج بدور المزاحم لهذه السلطة. إن هذا الموقف يضع الزوجة في موضع حرج. لأنها معتادة أن يكون زوجها هو صاحب السلطة في الحالات الاعتيادية، فتنظر إلى المعالج كمنقذ وقتي لها من هذه السلطة حتى تستطيع أن تعبر عما في نفسها من مشاعر سلبية نوعاً ما نحو زوجها. كما يكون الموقف صعبًا على الرجل إذ قد يحس أن المعالج يجرده من بعض سلطاته. ويكون موقف السلطة موقفاً أصعب عندما يكون المعالج رجلاً. فقد تتوجس الزوجة خيفة من أن يأخذ المعالج جانب الزوج في مواجهة الأزمة الزوجية. ومن هنا كانت أهمية الوعي بمثل هذا الموضوع. فالمعالج الواعي سوف يخفف من قلق الزوجة ويساعد الزوج على فهم الموقف العلاجي في أنه ليس في ساحة اتهام ومحاكمة، وأن لا مجال للزعامة والقيادة في هذا الموقف. وأن المعالج لا يأخذ جانب أي طرف من الزوجين. وأن واجبه هو البحث والاستقصاء ليس إلا. وأنه من خلال ذلك سوف يحاول أن يرى مواطن الضعف والقوة في الرباط الثنائي، ولذلك فسوف يحاول أن يبين مراكز عدم الفهم والخلل في الاتصالات الفكرية بينهم.

(٢) يجب على المعالج أن يعرف أن الزوجين محكومان بضوابط وأصول المجتمع والأعراف. ولهذا فقد لا يستوعبان المعنى الكامل للعلاج الزوجي. فيريانه وكأنه أحد الفعاليات الاجتماعية، ويتصرفان كما تمليه

عليهما الأعراف الاجتماعية. ومعنى هذا أن يحاول كل منهما أن يبدي منظرا ومظهرا مقبولا من قبل المعالج، ويتكلمان في كل شيء خلا المشكلة الأساسية التي جاءا من أجلها. وهما نادرا ما يكلمان بعضهما البعض بل يوجهان كلامهما نحو المعالج. وكما هي الحال في العلاقات الاجتماعية العادية حيث يتفاديان الكلام عما يؤذيهما فما بالك أمام المعالج. بل يفضلان أن يتكلما عن الأمور الحساسة بصورة سرية مع المعالج على انفراد. إن وجود الأسرار بين الزوجين كما قلنا هي خاصية معروفة، والزوجان أثناء العلاج ينهجان نفس النهج. ولا تخفي صعوبة ذلك على المعالج لأنه عندما يواجه سرا يعتقد أنه يجب أن يذكر أمام الزوجين ليناقش ويفهم من قبلهما، سرعان ما يكتشف أنه شبه مستحيل في كثير من الأوقات لأن كلا من الزوجين يصر على أن يحتفظ بذلك لنفسه. ولا نرى خيارا في مثل هذا الموقف سوى أن يصر المعالج على أن بعض الموضوعات مهما كانت حساسة للجانب الآخر يجب أن توضع تحت الضوء وأن تناقش، اللهم إلا إذا كانت تلك الموضوعات من الخطورة بحيث إنه يجب إخفاؤها.

(٣) يجب على المعالج أن يبذل كثيرا من الجهد وأن يزيد كثيرا من مهاراته العلاجية حتى يتغلب على خاصية ربط المشاعر أو المشكلات أو السلوك بالتقييم الكلي للشخص. أي أن ما يحدث من أحد الزوجين أو كليهما عندما لا يميز بين ما يقوله الطرف الآخر ويعبر عنه من مشاعر أو تعبيرات وجهه من ناحية وبين أن يكون الشخص في ذاته سيئا أو ذا نية سيئة بسبب امتلاكه هذه المشاعر من ناحية أخرى. ولذلك فعندما يظهر أحدهما مشاعر معينة من حزن أو غضب فإن الآخر يفسره باحتمال سوء النية ويبحث له عن أسباب تبرر تفسيره هذا. إذ يحدث على الدوام -كما قلنا سابقا- أن يكون افتراض وجود النية والقصد في كل شيء أحد

خصائص الخلافات الزوجية في المجتمعات العربية. وعليه فإنه من المواقف الذهنية التي يتوجب على المعالج أن يعمل على إصلاحها هو الاعتقاد بأن لكل شيء سببًا معينًا وأن إنكار وجود سبب يدل على سوء النية. ويجب أن يعلم الزوجان أنه من الممكن أن تحدث الحوادث من دون قصد، وأن تعكر المزاج من الممكن أن يحدث بدون سبب واضح ولا علاقة له بالطرف الآخر، وبالتأكيد من دون أن تكون هناك نية سيئة.

(٤) من المتوقع من المعالج أن يكون أكثر نشاطا عما يكون في العلاج الزوجي التقليدي. وهذا يعنى أنه سوف يستعمل الطرق الشرحية (الإيضاحية) ويقلل من الطرق الاستكشافية. ولا يخجل من أن يأخذ زمام الأمور والقيادة أثناء العلاج. ويكون واضحا في إرشاداته ويقلل من الوسائل التجريدية ويكون أقرب إلى الوسائل المادية. إن الموقف الحازم من المعالج يبعث الطمأنينة في نفس الزوجين، كما يبعث على الثقة في العلاج والمعالج.

(٥) على الرغم من أهمية بقاء المعالج على موقف الحياد بين الزوجين، إلا أن هناك مواقف تحتاج إلى أن ينحاز المعالج إلى جانب معين. يحدث هذا عادة عندما يكون الزوج متسلطا، فعندئذ تحتاج الزوجة إلى نوع من المساندة والدعم. فإذا حدث ذلك استطاعت أن تعبر عن ما يشغلها ويتعبها بحرية وأمان. وإذا افتقدت الزوجة ذلك الدعم فإنها قد تنطوي على نفسها ولا تفصح عما يؤذيها.

(٦) لعل العلاج السلوكي المطور حسب حاجة الحالة هو أنسب أنواع العلاج في الغالب. لأنه يركز على أهداف ونقاط معينة، وهي العلاقات السلوكية المبنية على الموقف. ويتمركز على نوع وطبيعة ما يجري في عمليات الاتصال اللفظي والفكري بين الزوجين في موقف معين. وهنا فإن ما

يركز عليه في العلاج التقليدي الغربي، من محاولات الوصول إلى جذور اضطرابات التفاهم وطبيعة المنشأ في الطفولة وتجاربها، أو مُقاسات الفروق بين المزاجات المختلفة أو تعليم استراتيجيات الحلول، غير ضرورية إلا في حالات قليلة. يجب علينا في أول الأمر أن نعين بدقة أنماط السلوك التي يجب تغييرها، ومن ثم نعين العوامل التي تجعل هذه الصفات تستمر. وبعد ذلك نختار احتمالات بديلة لهاَ ونقدم اقتراحات جديدة لتحل محل ذلك السلوك المضطرب (١٤). و قد يكون ذلك الاختيار مبنيا على العطاء والأخذ، أو العطاء لأجل الأخذ. فيغير أحدهما من سلوك معين أو صفة معينة من أجل أن يغير الآخر من صفة أو أسلوب لا يرغب فيه.

(٧) على المعالج أن يكون دائما على حذر وأن يتوقع حدوث أي شيء أثناء العلاج يهدم المساعي كلها. فليس من المستبعد أن نفاجأ بأن الزوج قد طلق زوجته بدون سابق إنذار. أو أنه قد اقترن بزوجة أخرى. وعندئذ يجب على المعالج أن يستعد لمجابهة أزمة جديدة شديدة قد تعصف بالزوجة، كأن تحاول التخلص من نفسها (الانتحار) أو تصيبها حالة هسترية شديدة لا تقوى فيها على الاستمرار في حياتها الاعتيادية (١٥). وهنا يجب أن يضع المعالج في حسبانه إدخال الزوجة إلى المستشفي في حالة طوارئ.

هدف العلاج:

يهدف العلاج الزواجي في الأساس إلى حل أو التقليل من حجم الأزمة النفسية الناتجة عن اضطرابات العلاقة الزوجية. ثم تخفيض مستوى القلق والتوتر ورفع سعة إدراك كلا الزوجين لحاجة الآخر العاطفية، بالإضافة إلى تحديد وتعريف دور كل منهما في العلاقة الثنائية الزوجية المناسبة لهما وظروفهما.

ومع إدراكنا لأهمية ما قلناه. إلا إننا يجب أن نحذر المعالج من التمـادي في إعطاء الثقة أو الإحساس بالفردية لأي من الزوجين، لان ذلك سيؤدي إلى الاستقلالية. والاستقلالية أو حتى الشعور بالاستقلالية، يعد خطوة خطيرة فـي معظم المجتمعات العربية. وإذا كانت الزوجة هي الطرف الأساسي المتلقـي للعلاج، فإن هناك القليل جداً من الاختيارات التي أمامها واختيار الاسـتقلالية هو أخطر اختيار يمكن أن يكون في المجتمعات العربية. وقـد يـؤدي إلـى تدهور الحالة نحو الأسوأ (١٦). أما المشكلات التي تأتي من دور العائلة الممتدة وأثرها فإنها في الأغلب الأعم عسيرة على الحل ، ويبقى العلاج محصـورا في جعل المريض متأقلماً ومتكيفاً مع محيطه بأقل معاناة نفسية ممكنة.

References

(1) Kaplan H, Sadock B."Family therapy and marital1therapy". In Synopsis of Psychiatry، Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1991 pp 590-91.

(2) Greene BL، Broadhurst BP, Lustig N. "Treatment of marital disharmony" In Psychotherapy of Marital Disharmony,B. Greene، editor. Free Press, New York,1965،

(3) El-Islam MF. "Overview. Arab cultural psychiatry". Transcultural Psychiatric Research Review 1987; 19:5-23.

(4) Polonsky D, Nadelso CC. An integrative approach to couple therapy. In "New clinical concepts in marital therapy". OJW Bjorksten، editor. American Psychiatric Press، Washington D.C. ،1985.

(5) Guerin PJ, Pendagast E. Evaluation of family systems and genograms. In "Family therapy theory and practice", PJ Guerin, editor. Gardner Press,1976.

(6) Al Abdul Jabbar J. "Sociocultural antecedent of psychiatric disorder in Saudi Arabian women". PHD Thesis. University of London, 1986.

(7) Indukumari M. "Attitude and practice of Muslim men: a major determinant of Muslim woman's

status". International Sociological Association, 1989 (paper).

(8) Chaleby K. "Divorced Saudi women. A study of a psychiatric outpatient population". Arab Journal of Psychiatry ،(1) (1):43-7., 1989،

(9) Chaleby K, El-Sherbini ME, Al Abdul Jabbar J, et al. "Psychotherapy with Arab patients toward a culturally-oriented technique. Arab Journal of Psychiatry, 1992 (in press)

(10) Patai R. "Undatt spell of language" In The Arab Mind. Charles Scribner's Sons, New York, 1976.

(11) Duke MP, Nowicki S, Jr. Theories of personality and psychopathology: approaches derived from psychology and philosophy. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed 5. HI Kaplan and BJ Sadock, editors. Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

(12) Parkins EL. Piaget's genetic epistemology. Genet Soc Gen Psychol Muhogr 114: 77, 1988.

(13) El-Islam MF. "Intergenerational conflict". Br J Psychiatry 114: 146-50, 146-50,1986

(14) Blak JL, Bruce BK. "Behavior therapy: a clinical update". Hosp Community Psychiatry 40: 1989.

(15) Chaleby K. "Women of polygamous marriages in an outpatient psychiatric service in Kuwait" J Neuro and Mental Dis. 173: 56-8, 1989.

(16) Chaleby K. "Traditional Arabian marriages and mental health in a group of inpatient Saudis". Acta Psychitr Scan 77: 139-42, 1988.

الفصل الثالث

اضطرابات الوظائف الجنسية

وعلاجها في المرأة

علاج الاضطرابات الجنسية:

تعد دراسة "كينزي" المنشورة في كتابين عامي ١٩٤٨ و١٩٥٣/م عن السلوك الجنسي للإنسان، الأولى من نوعها إذ كانت نوعا من البحث الميداني واعتمد فيها على الاستبيانات والمقابلات. وتوالت بعد ذلك الدراسات من هذا النوع. وتكمن أهمية هذه الدراسات في أنها تقيس المعرفة الجنسية والمواقف الذهنية من الجنس وأنماط السلوك الجنسي وغيرها. وكان لنتائج هذه الدراسات آثارها المهمة في الانطلاق خلال الخمسينيات نحو دراسة الاضطرابات الجنسية وبالتالي البحث عن حلول لها. وأحدثت هذه الحلول نقلة في نوعية العلاج النفسي الدينامي والعلاج بالعقاقير والأساليب الفيزيائية إلى أنماط علاجية أكثر فعالية وتستغرق وقتاً أقل .

ولم يتم تصنيف علاج اضطرابات الوظائف الجنسية كعلم قائم بذاته إلا في السبعينيات من القرن العشرين عندما تبين للمجتمع الطبي، بعد سنين من الخبرة والبحث أن ما يقارب تسعين بالمائة -أو أكثر- من الاضطرابات التي تعتري الوظائف الجنسية لها أسباب نفسية. بل إن هذه الأسباب النفسية قد تكون العامل الوحيد المسبب لهذا الاضطراب أو أحد العوامل المهمة لأسبابه.

كان "ماسترز وجونسن"، العالمان الرئيسيان اللذان وضعا أسس العلاج السلوكي لاضطرابات الوظائف الجنسية[١]. وقد بدآ دراستهما الواسعة في هذا المجال عام ١٩٦٦م وأخرجا كتابهما الشهير"القصور الجنسي عند الإنسان" (Human Sexual Inadequacy)عام١٩٧٠م حيث قدما نتيجة دراساتهما وعلاجهما المقترح للاضطرابات الجنسية وهو عبارة عن خليط فريد من الوسائل السلوكية والعلاج النفسي والتعليم الجنسي. وكان أسلوبهما العلاجي هو الوحيد تقريبا حتى سنوات قليلة، ومن أساسيات هذا الأسلوب أنه يتوجه إلى علاج ذلك الاضطراب من خلال علاج الزوجين معاً. وهذا يعني أن

افتراض وجود هذا الاضطراب في أحد الزوجين افتراض لا يعتد بـه. فلا يوجد -حسب وجهة نظرهما- مريض منفرد باضطراب جنسي، فمن الناحية العلاجية يكون المريض هو الزوجين معاً. وفرضيتهما هذه قائمة في المقام الأول على أن سوء العلاقات الزوجية، واضطرابات الاتصال الجنسي والتفاهم بينهما، غالباً ما تؤدي إلى اضطراب في الوظائف الجنسية[٢]. ولهذا فإن علاج الاضطرابات الجنسية لا يمكن أن يتم إلا كجزء من العلاج الزوجي. ومن الطبيعي أن الجانب الفسيولوجي والطبي لهذا الموضوع يجب أن يفحص بعناية قبل الشروع في العلاج. ومن أهم خطوات العلاج هو الاجتماع الذي يتم بين الزوجين والمعالجين -كما هي الحال في العلاج الزوجي- ويتكوّن الفريق العلاجي من معالج ومعالجة . وفي هذا الاجتماع تفحص طبيعة المشكلة التي يعاني منها الزوجان وتناقش كما يتم توضيح سبل العلاج وعلاقة مشكلاتهما الزوجية بها[٣]. ويركز خلال ذلك الاجتماع على مفهوم أن العمليات الجنسية هي، من جانب، عمليات طبيعية فسيولوجية كأي عملية أخرى من عمليات جسم الإنسان من تنفس وهضم وجهاز دوري، ومن جانب آخر ذات صبغة نفسية أيضا. فلا يمكن أن تسير الوظائف الجنسية بصورة صحيحة إلا بوجود تفاهم و جو من الود و الحنان بين الزوجين .

وفي السنوات الأخيرة ظهرت دراسات غيرت في الشكل ولكنها أبقت على القسم الأعظم من مضمون أساليب "ماسترز وجونسون" ومن هذه التغييرات الاكتفاء بمعالج واحد وإمكانية علاج الفرد دون ضرورة علاج الفردين معًا.

وتعتمد وسائل العلاج الجنسي على قواعد سلوكية كما قلنا، ولا تعطى النظريات التحليلية إلا اهتماماً ثانوياً، وخاصة عندما يكون الاضطراب الجنسي ناتجا عن عقد نفسية عميقة. وبهذا يعطى الزوجان بعض التمارين الخاصة التي يجب أن يمارساها في خلوتهما والتي تصمم لكل نوع من أنواع

الاضطرابات الجنسية. وهناك ثلاثة عوامل تساهم دائماً في تكوين أي مشكلة من المشكلات الجنسية مهما كان نوعها وهي: ١) المعلومات الخاطئة عن الجنس، ٢) الجهل بطبيعة الوظائف الجنسية. ٣) قلق الأداء. والمقصود بقلق الأداء (performance Anxiety) القلق الذي يصيب الرجل عادة من أن يفشل في الأداء الجنسي.

ولتقليل حدة قلق الأداء، يطلب من الزوجين أن يمتنعا عن العملية الجنسية الكاملة الأيام الأولى أو الأسبوعين الأولين للعلاج. والنوع الرئيس من هذه التمارين هو ما يسمى بـ"البؤرة الحسية.(Sensate Focus) وهو تمرين مصمم على أساس التخفيف من قلق الأداء، من خلال الزوجين على استعمال الخيال، والتفاهم بينهما بتشجيع كل منهما على أن يبوح للآخر عن أحاسيسه واحتياجاته. ويتم خلال ذلك معالجة ما يحدث بينهما من التباس، مثل أن يدعي أحدهما أنه متعب أو غير قادر على الاستمرار في التمارين. وسيتم شرح هذه التمارين فيما بعد في هذا الفصل.

ولعلاج الاضطرابات الجنسية في المجتمعات العربية طابعه الخاص، وأسلوبه المميز. ويمكن تبين ذلك من الخطوة الأولى فمن الملاحظ أن اضطرابات الوظائف الجنسية تظهر عادة في سياق العلاج الزوجي دون إشارة مسبقة إلى الموضوع . وعند العلاج الزوجي الذي تبدأه الزوجة عادةً ، فان الزوج هو البادئ بالشكوى من المشكلات الجنسية . إن الحراسة الاجتماعية المفروضة على الجنس في المجتمعات العربية، والخجل من الكلام في هذا الموضوع يجعل حضور المرأة إلى العيادة للشكوى من علة جنسية أمرًا صعباً نوعًا ما. ولهذا فإن المرأة لا تذكر ذلك الموضوع كمشكله مهمة في بداية العلاج، وربما تكلمت عن أمور و شكاوى بعيدة عن الموضوع لتحوم حول القضايا الجنسية بدون أن تذكرها مباشرة.

والطريقة الأكثر شيوعاً في المجتمعات العربية هي أن يحضر الرجل وحده عند الطبيب النفسي بعد أن يكون محالاً من طبيب آخر هو في الغالب أخصائي المسالك البولية أو الأمراض التناسلية. وأول خطوة في العلاج هي إقناع المريض بأن هذا الاضطراب نفسي المنشأ، بدليل أن الطبيب الأخصائي قد أحاله إلى الطبيب أو المعالج النفسي، بيد أن هذا الدليل كثيرًا ما لا يكون كافيا وقد يتذرع المريض بأن الطبيب المحيل قاصر المعرفة، ولذا فمن الشائع أن نجد المريض قد راجع عدداً من الأطباء غير النفسيين قبل أن يقدم إلى العيادة النفسية. ولذلك فإن التعامل الطيب مع المريض وكسب ثقته، والتوسع بالشرح له حول الجانب النفسي في الوظيفة الجنسية يجعل المريض أكثر قبولا للعلاج من قبل الطبيب أو المعالج النفسي. وبعد ذلك يحاول المعالج أن يستقصي إمكانية إشراك الزوجة في العلاج. وفي أغلب الحالات يرفض الزوج اشتراك زوجته في العلاج. وإذا قبل فمن المحتمل أن ترفض هي ذلك بداعي الإحراج. وهنا تبدأ أول خطوات تحوير و تطوير أسس العلاج الموجودة في بطون الكتب الطبية الغربية حتى تلائم المجتمعات العربية واحتياجات مرضانا. فنحاول أن نعالج اضطراباً يصيب كلا الزوجين من خلال زوج واحد.

إن ما يأتي في هذا الفصل هو حصيلة خبرات طويلة في مجال علاج الاضطرابات الجنسية في مستشفيات عربية وبعد مناقشة هذه الموضوعات من قبل أطباء ومعالجين نفسيين في أكثر من بلد عربي واحد. وفيما يلي سوف نركز على الناحية الاجتماعية و أثر العادات والتقاليد على تطوير العلاج وما هو تأثير أو كيفية تفاعل الثقافة الاجتماعية العربية مع أسلوب وتكنيكيات العلاج الجنسي. إلا إننا في الوقت نفسه نكرر التنبيه بأننا نعني المجتمعات العربية التقليدية ولذا قد يواجه الممارس إستثناءات عديدة طبقا لمستوى الزوجين العلمي والثقافي وظروفهما الاجتماعية الخاصة ...الخ.

اضطراب الوظيفة الجنسية والثقافة الاجتماعية:

في المجتمعات العربية نلاحظ أن أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية انتشاراً في العيادات النفسية، يمكن أن تتوزع على ثلاثة أنواع هي: اضطرابات انخفاض الرغبة الجنسية، واضطرابات الرعشة الجنسية، واضطرابات مرحلة الإثارة الجنسية. وسنلقي نظرة سريعة على كل نوع منهما، ونناقش التأثير الثقافي الاجتماعي على تكوينها وعلاجها.

انخفاض الرغبة الجنسية:

ربما كان انخفاض الرغبة الجنسية أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية شيوعًا بين النساء في المجتمعات العربية. وهو قليل الانتشار بين الرجال، وإذا حدث ذلك فإنه يكون في الغالب نتيجة لمرض نفسي آخر مثل الاكتئاب. ولكن عند المرأة يختلف الأمر، ولا يخلو من صعوبة واضحة في تحديد أسبابه. وهناك عدة عوامل من الممكن أن تشترك في إحداث هذا الاضطراب. وفي أكثر الأحيان يصعب تمييز أي عامل واضح من هذه العوامل.

والمجتمع العربي مجتمع محافظ، لا تبيح ثقافته اختلاط الذكور بالإناث ابتداءً من فترة النضوج الجنسي الأولى في فترة المراهقة[٤]. وحتى لو كان هناك نوع من الاختلاط، فإننا لا ننسى أثر ما ترسب في أعماق الفتاة في الطفولة من مواقف ذهنية ونفسية عن الجنس. ولذلك تنشأ الفتاة الصغيرة نشأة محافظة ملتزمة بالآداب والتقاليد و تعاليم الدين الإسلامي. لهذا تكبر الطفلة وهي ترى أن الجنس الحلال مصمم للذة الرجل فقط، وأن دور المرأة فيه هو في إنتاج الذرية الصالحة. على الرغم من أن الدين الإسلامي لم ينكر على المرأة أن تستمتع بالجنس الحلال كما هي الحال بالنسبة للرجل. وفي حديث للرسول الكريم ــ صلى الله عليه وسلم ــ أسمى اللذة الجنسية الحلال "عسيلة"

ونسبها لكل من الرجل والمرأة على حد سواء. إلا أن المجتمعـــات العربيـة بثقافتها السائدة ترى أن عدم معرفة البنت عن أمور الجنس الحـــلال شـيء والنظر إليه كشيء مثير للقرف والاشمئزاز يساعد في صون عفافـــها شــيء آخر. بل إنه يبالغ أحياناً في التشدد على منع المرأة من التمتع بالجنس الحلال، ونحن نرى مثل ذلك في استمرار عادة ختن البنات في بعض البلاد العربيـــة مثـــل مصر والسودان حيث تكون الغاية الأساسية منها هي خفـــض الرغبـة الجنسية عند المرأة [٥] أيضا فليس من المستغرب بعد ذلك أن تشب الفتاة علـى اعتقاد أن الجنس الحلال أمر قبيح وأن تستمر في ذلك الاعتقـــاد حتـــى بعـد الزواج والإنجاب. فليس من السهولة أن تتقلب مشاعر الفتاة في فترة بســيطة حول موضوع حساس مثل هذا. بينما يزرع هذا المفهوم في الفتاة يطلب مـــن الرجل أن يفض عروسه ليلة الزفاف ولذا ليس بمستغرب أن تتحول غرفة نوم العروسين إلى ساحة للمصارعة بينهما! فهو يريد تـــأكيد ذكورتـــه (وكمـــال رجولته) بافتضاضها ليلة الزفاف، وهي تريد التأكيد على أن عفافها مصـــان. وكثيرا ما أضافت ليلة الزفاف ــ على هذه الشاكلة ــ نفورا وكرهـــا للجنـس الحلال من قبل المرأة. وقد يحدث أن يكون ضعف الرغبة الجنسية عند المرأة ستارًا يخفي رفضها زوجها نفسه، فقد تكون غير قادرة على حبه لسبب مـــا، وقد يكون الرجل فظا غليظ القلب قاسي الطباع، أو ســكيراً عربيـــداً، يــؤذي زوجته نفسياً وجسدياً ومن ثم يطالبها أن تستجيب له جنسياً وأن تستمتع بذلـــك أيضاً. والمرأة في المجتمعات العربية قليلة الخيارات فإذا رأت أن حياتها مـــع زوجها صعبة جداً، فهي لا تستطيع في كثير من الأحيان أن تـــترك زوجـــها، لحرصها على كيان الأسرة تارة، و لأنها لو تركته إلى بيت أبيها تارة أخـرى، فستقابل بالرفض من أهلها أيضاً. فكثير من الآباء والأمهات يستنكرون تـــرك المرأة بيت زوجها، وينصحونها بالصبر والتحمل [٦]. فليس المستغرب عندئـــذ أن يستعمل ضعف الرغبة الجنسية ستارا تحاول خلاله المرأة التـــهرب مـــن

علاقة جنسية حلال لا ترغب بها. وأيضا قد يكون الخجل والحياء سببا آخر لضعف الرغبة، ويحدث هذا على وجه الخصوص عندما يكون كلا الزوجين على غير معرفة بالآخر وتكون ليلة الزفاف أول لقاء لهما، هذا بافتراض عدم حصول الصراع المذكور آنفا (٧). وتخف حدة أثر هذا العامل إذا كان كل منهما قد رأى الآخر قبل الزفاف الرؤية الشرعية كما هو مقرر في الدين الإسلامي. أو لو أن فترة زمنية مناسبة فصلت بين عقد النكاح (كتب الكتاب) وليلة الزفاف وتعرفا خلالها على بعضهما البعض.

وعلاج حالات ضعف الرغبة الجنسية من أكثر الحالات صعوبة، وأكثرها تعرضاً للفشل. وذلك لتعدد أسبابها وغموضها في أكثر الأحيان. أما في الحالات التي يكون فيها ضعف الرغبة الجنسية الحلال ناتجا عن اضطرابات نفسية أخرى، فإن العلاج الأساسي يكون بعلاج تلك الحالة نفسها. فإذا كانت إكتئاباً، وصفت للمريض مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي المناسب. وهنا يكون الأمل في الشفاء من هذه الحالة أكبر إن شاء الله .

اضطرابات الرعشة الجنسية:

ويقصد بها الاضطرابات التي تؤثر على إتمام العملية الجنسية الحلال بصورة تسعد الطرفين. وهي في المرأة تشمل صعوبة أو انعدام القدرة على الوصول إلى هذه الرعشة الجنسية التي تكون قمة اللذة وإيذانا بانتهاء العملية. وفي حالة الرجل فإن القذف هو ما يقابل الرعشة عند المرأة. فكلمة الرعشة تشمل من الناحية العلمية القذف عند الرجل والرعشة عند المرأة. أما اضطراب القذف عند الرجل فيتمثل في سرعة القذف (مصحوبا أو غير مصحوب بضعف الانتصاب) ونادرةً هي الحالات التي يشكو فيها الرجل من تأخر أو انعدام القذف بدون أن يكون هناك سبب طبي لذلك.أي أن تأخر أو

انعدام القذف غالبا ما يكون لأسباب عضوية كآثار جانبية لبعض الأدوية والعقاقير. ولكن هذا لا يعني عدم إمكانية حدوثه لأسباب نفسية بحتة.

وتشكل سرعة القذف عند الرجال المشكلة الرئيسة في مراجعات العيادات النفسية.ونعتقد أن هذه المشكلة لها صفة خاصة في المجتمعات العربية. فالرجل هو المسؤول عن سير العملية الجنسية الحلال كلها بدءا من أول خطوة، وهذا يشمل إكمال اللذة له ولزوجته في آن واحد. فهو يعمل جاهدا على إبقاء حالة الانتصاب لأطول فترة ممكنة وهذا يعني بالطبيعة إطالة فترة الجماع وتأخير القذف. ويحدث أحيانا أن يكون الرجل قلقا ومتوترا لحرصه على أداء العملية الجنسية الحلال على أتم وجه وتأخير القذف، وهكذا تتقلب العملية الجنسية الحلال من عملية تلذذ إلى واجب يجب أداؤه. وهكذا يتكون قلق الأداء (Performance Anxiety) الذي من نتائجه سرعة القذف، أو ضعف الانتصاب أو الاثنين معا. ويزداد قلق الأداء عندما يزداد الطلب من الرجل كما يحدث أحيانا عندما يكون للرجل أكثر من زوجة. والصورة الأخرى لهذا القلق أو نتيجة له يحدث ما يعرف بـ "دور المتفرج" (Spectator Role)حيث يقوم الزوج بمراقبة العملية الجنسية ورصد أدائه واستجابة الزوجة وكأنه متفرج على مباراة ليس طرفا فيها. وكلما تعمق في المراقبة قلت استجابته الجنسية.

أما العوامل الاجتماعية التي تسهم في تأخر أو انعدام الرعشة الجنسية عند الزوجة العربية، فهي نفسها المذكورة في انخفاض الرغبة الجنسية .

اضطرابات مرحلة الإثارة:

مرحلة الإثارة الجنسية هي أولى المراحل في العملية الجنسية الحلال، وتشمل اضطراباتها اضطرابات الانتصاب عند الرجل واضطرابات عملية

الترطيب (Lubrication) لدى المرأة.أما اضطرابات الترطيب التي تؤدي إلى جفاف المهبل أثناء العملية الجنسية عند الزوجة، فهي قليلة الحدوث بصورة عامة، بمعنى أنها نادراً ما تكون الشكوى الرئيسة، وقد يكون سببها في المجتمعات العربية عدم معرفة الرجل بأهمية المداعبة وتهيئة الزوجة نفسياً وعاطفياً قبل الجماع. أما اضطرابات الانتصاب عند الرجل فهي واسعة الانتشار. ونعتقد أن التركيز على الأداء الجنسي عند الزوج هو السبب الأول في حدوث هذه الحالة (٨). فالزوج يعتقد أن ميزان الرجولة موقوف على القدرة على الممارسات الجنسية مع الزوجة وكثرتها. وهذا بالطبع يؤدي إلى قلق الأداء، وهو العامل الأول في حدوث ضعف الانتصاب. وقلق الأداء يأخذ بعدا قويا في بعض المجتمعات العربية التي تتبع عادة اجتماع رهط من النساء خارج غرفة الخلوة الزوجية في ليلة الزفاف أو ليلة الدخلة، لينتظروا نتيجة الجماع ويبشروا الناس بدم البكارة. ولنا أن نتخيل مقدار الضغط النفسي عند الزوج ليقوم بالعملية ويؤديها على الوجه المطلوب.و يزداد قلق الأداء عندما يتخذ أحدهم زوجة جديدة ثانية، خصوصاً إذا كانت في سن صغيرة نسبياً عن سنه.

التحليل الاجتماعي لاضطراب الوظيفة الجنسية :

من المهم أن نذكر أن الثقافة الاجتماعية العربية وأسلوبها المحافظ، وتمسكها بتعاليم الدين الحنيف، كان له أكبر الأثر في حفظ المجتمعات العربية وتجنبها كثيرا من الأذى على مدى الأجيال المتعاقبة. فهي من أكثر المجتمعات خلوًا من الأمراض الجنسية، ومن الآفات الاجتماعية المتعلقة بالجنس مثل الولادة غير الشرعية واللقطاء. وبهذا حافظت هذه المجتمعات على وحدة كيان العائلة والقيم الأخلاقية.

وفي المقابل، عندما لا يفهم الدين على حقيقته، أو يغالي في التشدد في العادات والتقاليد أو عندما لا تفسر المفاهيم الاجتماعية الصحيحة كما ينبغي فان ذلك قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية وجنسية عند الزوج أو الزوجة في بعض الأحيان. وفي الأسطر التالية سنتناول بعض هذه الإشكالات الاجتماعية التي قد تشكل عوامل تؤدي إلى تلك الاضطرابات .

ضعف الثقافة الجنسية:

من المعلوم أن الجنس موضوع حساس جداً في كل المجتمعات. فكيف تكون الحال في مجتمع محافظ ملتزم كالمجتمع العربي ؟ وحساسة الموضوع تمنع الغالبية العظمى من الآباء والأمهات من أن يطرقوا هذه الموضوعات أمام أبنائهم، وخصوصاً البنات منهم. ولذا فمن غير المستغرب أن تصل البنت إلى مرحلة المراهقة والنضوج الجنسي وهي لا تفقه عن الجنس وماهيته شيئاً. وفي بعض الأحيان لا تعرف البنت عن الوظيفة الجنسية الزواجية إلا عند وقت الزواج. ويزداد الأمر تعقيداً عندما تكون البنت لا تعرف ولم تشاهد زوجها إلا في يوم زفافها [٩]. ولنا أن نتصور مقدار الخوف والقلق الذي يصيب تلك الفتاة التي تواجه مثل هذا الموقف. إن امتناع الزوجة ليلة زفافها، ومن ثم في الليالي التي تليها عن ممارسة الجنس مع زوجها من أكثر الحالات التي تصادف الطبيب النفسي أو طبيب الأمراض النسائية في المجتمعات العربية. وابتداء الحياة الزوجية الجنسية بموقف حرج سواء للرجل أو للمرأة كثيرا ما يترك آثاره السيئة ويعرقل الطريق في الأيام الآتية، فتكفي أحياناً تجربة واحدة فاشلة في بداية الطريق لتكون باكورة لكرات متعددة من الفشل المستمر. كما أن موقف المرأة السلبي من الجنس الزواجي وخصوصاً في أوائل أيام الزواج قد يكون له وقع سلبي كبير على الزوج، إذ قد يضع اللوم على نفسه ويغمره الإحساس بالفشل مع زوجته، ويساوره القلق بشأن ذكورته

(رجولته) فمن المفترض أن عليه أن يطوّعها لرغبتـــــه. أو ربمــا شـــعر أن رفضها للجنس الزواجى هو رفض لشخصه.وهكذا فإن إحساس الزوجُ بالفشـل سوف يمهد لفشل فعلي له في المستقبل. ناهيك عن الشعور بالحرج والمهانـــة أمام الناس.

والجهل الجنسي عند الزواج لا يقتصر على المرأة فحسب بـــل يشـــمل الرجل أيضا. وليس من المستغرب أن يشاهد المعالج حالات بعض الزيجـــات التي لم يتم خلالها أي اتصال جنسي بين الزوجين لشـــهور عديـــدة وأحيانـــاً سنوات [١٠]. وفي حالة مرت علينا في عيادة الطب النفسي أحيلت إلينا امـــرأة من قسم أمراض النساء والولادة، لأن الزوجين لم ينجبا بعد عشر سنوات مـــن الزواج. وتبين أن الزوجين لم يعرفا بعد معنى الجنس وضرورته للإنجـــاب، وهكذا فلم يتعاشرا جنسياً إلا بعد عشر سنوات من الزواج فتم الحمل.

الموقف الاجتماعي من الجنس :

وبما أن الجنس موضوع حساس ومحرج في المجتمعات العربيـــة فـــإن التطرق إليه لا يتم بصورة مباشرة. بل يتم التفاهم بلغة الرمـــز ومـــن بعيـــد. والرسالة التي ترسل إلى الأولاد عن الجنس عند الزواج هي رسالة مســـتبطنة وغير معلنة. وقد لا يضر هذا كثيرا، ولكن الذي يعنينا هنا أن الرسالة التـــي تستلمها الفتاة عن الجنس غالبا ما تكون خاطئة . فهي تستلم الرسالة من أمـــها التي تقول أن الجنس وجد لشيئين في الحياة هما لذة الرجل وزيـــادة النســـل. وهكذا فإن واجب المرأة الأساسي هو أن تكون في متناول زوجها ومتعته فـــي أي وقت يشاء تقريباً [١١]. وأن تمنّعها لأي سبب سيجعل منـــها امـــرأة غـــير مقبولة من زوجها. وتلك الرسالة تقول أيضاً إن التمتع بالجنس ليس من شـــيمة الفضليات من النساء. والمرأة التي تقول إن الجنس شيء غير مرغوب فيه هي امرأة محترمة أكثر. وهكذا تقع المرأة في موقف محـــرج فـــهي تتخبـــط مـــن

غريزتها الجنسية الحلال ما استطاعت، وفي نفس الوقت عليها أن تكون في متناول الزوج متى أراد التمتع. فإذا لم ترغب بذلك شعرت بالذنب وتأنيب الضمير والإحساس بأنها غير كفء لأن تصبح زوجة صالحة.وربما كان مثل هذا التشوش الفكري والعاطفي هو أحد أسباب كثرة اضطرابات الرعشة الجنسية وانخفاض الشهوة عند النساء.

سوء التواصل الفكري بين الزوجين:

ما قلناه عن سوء التفاهم بين الزوجين في فصل العلاج الزوجي، ينطبق هنا تماماً. فنحن نعرف أن اضطراب العلاقات الزوجية له مساس مباشر بالعلاقات الجنسية[١٢]. إلا إننا نضيف هنا ما يتعلق بالمجتمعات العربية بهذا الموضوع. هو أن الاتصالات الفكرية بين الزوجين يحكمها المستوى الثقافي والاقتصادي والعادات والتقاليد التي تغلب في هذا البلد أو ذاك. ولا داعي أن نعيد خصائص هذه التواصلات بين الزوجين في المجتمعات العربية، ولنا أن نعتقد أن هذه الخصائص تزداد تعقيداً في الموضوعات الجنسية.

الإغواء الجنسي غير المنظور للأطفال:

إن من دواعي التناقض أن نقول إن في مجتمع محافظ مثل المجتمعات العربية إغواء جنسي للأطفال !. وهذا صحيح فلا يوجد إغواء جنسي للأطفال بمعنى الإغراء أو الإثارة الجنسية. إلا أن المقصود هنا أن أطفالنا وبدون قصد منا يتلقون رسائل مستبطنة باستمرار تذكرهم وبطريقة لا شعورية بالجنس. وهذا أيضًا صحيح، فمن عاداتنا أن كثيرًا ما يتكلم الكبار عن قصد أو عن طريق المداعبة عن تزويج فلان بفلانة، بينما لم يتعد الاثنان بعد سن الطفولة. وإذا حدث هذا بين الآباء والأمهات وعلى مستوى الكبار فحسب فلا ضير فيه من الناحية النفسية، إلا أنه يحدث في أوقات كثيرة وعلى سبيل مداعبة الطفل

أن يدعو أحدهم ابن أخيه الطفل مثلاً "بزوج بنتي"، أو يدعو ابنة أخته "بنتي"، وهكذا. إن سماع الأطفال مثل تلك الدعابات لا يمثل دعابة بالنسبة لهم.إذ قد يؤدي إلى تشوش فكري لهم، فقد يبدءون بالتساؤل عن معنى الزواج في عمر لا يؤهلهم لذلك. والتفكير في الزواج في هذا العمر سوف يصاحبه فكرة مشوشة عن الجنس. ثم ما معنى أن يقال للطفل ذلك في كل مناسبة ؟ ففي كل بيت من بيوت الأقارب يكون لذلك الطفل زوجة أو زوج، فمن منهم سوف يختار يا ترى ؟ إن الأطفال لا يدركون الدعابة التي تكمن في هذه الأقوال وهي بالنسبة لهم حقيقة غريبة غير مفهومة تفتح أذهانهم نحو شيء لا يمكن أن يفقهوه في مثل هذا السن ألا وهو الجنس.

أساليب مقترحة لعلاج الاضطرابات الجنسية في المجتمعات العربية :

إن الأسلوب العام والتكنيك المتبع في علاج الاضطرابات الجنسية في المجتمعات العربية، لا يختلف في أساسياته عن المتبع في العلاج التقليدي. ولكن هناك حاجة للكثير من التطوير والتحوير حتى يلائم هذا الأسلوب العلاجي بيئتنا والمجتمعات العربية. تبقى أساسيات العلاج التي تركز على إرساء قواعد التفاهم بين الزوجين وتغيير طريقة تعاملهما مع بعضهما البعض، هي الهدف الأول للعلاج الذي من خلاله سوف يستمر العلاج الأصلي للاضطراب الجنسي عند الزوجين، والذي سوف يأخذ في الغالب شكلاً سلوكياً. والتمارين الجنسية بين الزوجين التي وصفها "ماسترز وجونسن" ملائمة للتطبيق في المجتمعات العربية، كذلك فإن النصح بالامتناع عن الجماع لفترة معينة أو غير معينة إلى حين يعطى المعالج الأذن بذلك، تعد طريقة ناجحة في المرضى ويتلقونها بقبول حسن. فهذه الطريقة تعطي نوعاً من راحة البال وتخفف كثيراً من قلق الأداء. كما أن إرشاد الزوجين لكيفية التعامل بينهما وكيفية الارتخاء أثناء العلاقات الجنسية ليتعلموا كيف يعطون وكيف

يستقبلون اللذة أثناء خلوتهم، وتعليمهم استعمال حواسهم في هذه اللذة من لمس وشم ونظر وسماع، مما يمهد إلى تجاوب جنسي ناجح إذا اتبعوا بعد ذلك التمارين التي سوف تعطى لهم. كما أن الثقافة الجنسية والتركيز على المداعبة وتهيئة الجو قبل الجماع من الأمور المهم تعليمها للمريض العربي. بعد ذلك يأتي دور التمارين الجنسية التي سوف تعطى حسب نوع الاضطراب الجنسي. وتمرين أو أسلوب "البؤرة الحساسة" الذي مر ذكره والذي يشمل إرشاد الزوجين على أن يستمتع أحدهما بالآخر عن طريق استعمال الحواس كلها وجلب المتعة إلى النفس والتلذذ عن طريق استعمال كل أجزاء الجسم عدا الأعضاء التناسلية، وتشجيع الزوجين على الحوار حول هذه الخبرة. واستعمال أسلوب البؤرة الحساسة مع مراجعينا لا يخلو من فائدة كبيرة. ولكن يجب أن نكون على حذر من أن نتعمق في تفاصيلها لأن الموضوع قد يكون من الحساسية بمكان ويحرج المريض وخصوصاً الزوجة وقد يمتنعان عن المضي فيه. كما أن استعمال الاستمناء في اليد في بعض الأحيان كما تنصح به أساليب العلاج التقليدية، يقابل بالرفض لأسباب دينية. ومع محاولة إقناع المريض بأن الضرورات تبيح المحظورات ومن ثم فنحن نتكلم عن ضرورة علاجية مؤقتة يفيد في كثير من الأحيان، إلا انه من الأفضل أن ننظر في بدائل لهذه الأساليب العلاجية. وفي هذا السياق سنقدم شيئاً من التفصيل فيه عندما نتكلم على حدة عن كل نوع من أنواع الاضطرابات الرئيسة. أما الآن فسوف نشرح بعض النقاط العامة في العلاج الجنسي، التي نراها ذات أهمية خاصة في المجتمعات العربية.

العلاج الثنائي: يقصد بالعلاج الثنائي هو اشتراك الزوج والزوجة معاً في علاج الاضطراب الجنسي بغض النظر عن من منهما هو صاحب المشكلة المباشر. ويركز العلاج الجنسي كما تصفه مدرسة "ماسترز وجونسون" على أهمية العلاج الثنائي إلى درجة أن المعالجين يرفضون علاج أي شخص

وحده. لأنهم يفترضون أن علاج طرف واحد من الزوجين محكوم عليه بالقصور. ولكنا في المجتمعات العربية نرى أن الزوج الذي يشكو من اضطراب في وظائفه الجنسية قد يتحرج بدرجة كبيرة من دعوة زوجته إلى العلاج. وذلك لأكثر من سبب، منها أنه لا يريد أن يظهر ضعفه أمام زوجته، أو أنه يرى أن وجود الزوجة في مثل هذا الموقف غير لائق. وعندها لا مناص من أن نبحث عن طريقة نستطيع من خلالها معالجة المريض دون أن نرغمه على ما لا يرغب فيه.

دور جنس المعالج:

لا يوُلي العلاج الجنسي التقليدي أهمية تذكر إلى جنس المعالج الواحد من كونه ذكرًا أو أنثى. وفي اكثر الأحيان يشترك اثنان من المعالجين(١٣) امرأة ورجل في علاج الزوجين. أما في المجتمعات العربية فإنه من الصعب أن يكون هناك حديث في موضوعات حساسة وبلغة مفصلة بين معالج رجل ومريضة أنثى أو العكس. لهذا فيفضل أن يكون المعالج ذكراً عندما يكون الاضطراب في الزوج، وتعالج الزوجة من قبل معالجة أنثى. أما إذا أضطر إلى وجود كل من الزوج والزوجة في العلاج، كان من المناسب أن يكون المعالج الواحد أنثى، أو معالج ومعالجة إذا كانا اثنين. وأحيانا يكون وجود المعالج الرجل -حتى لو كان بمعية معالجة - كافيا لتثبيط عزم الزوجة ومدعاة لحرجها.

تعاليم الإسلام في العلاج :

بما أن الإسلام يعد المحور الرئيس في حياة كل مسلم، وأنه دين شمل بهديه شؤون الحياة كبيرها وصغيرها والآخرة أيضًا. فلا يمكن الاستغناء عن تعاليم الإسلام في أي مضمار في الطب النفسي. وعدم فهم الإسلام جيداً هو

من أسباب الإحباط الذي يصيب الناس في حياتهم الجنسية. ولابد من تذكير المريض بسماحة وتسامح الإسلام. وأن الدين الإسلامي شجع على الزواج والاستمتاع بالجنس. وأنه لم ينكر حق الزوجة في أن تمارس حياتها الجنسية بحرية تامة مع زوجها، وأن كل هذا مثبت في الكتاب والسنة. ولقد خصصنا فصلاً كاملاً عن دور التعاليم الإسلامية في العلاج النفسي.

تطوير العلاج الجنسي للمجتمع العربي :

في هذا الجزء نستعرض بعض أنواع الاضطرابات الجنسية بصورة فردية. ومن ثم نشرح ما يسمح به المجال من أشكال تطوير وتحوير بعض من الأساليب العلاجية التقليدية التي أرسى أصولها "ماستر وجونسن". ويلي هذا الجزء دراسة حالات مختصرة تمثل بعضاً من خبراتنا في هذا المجال.

التشنج المهبلي:

التشنج المهبلي (Vaginismus) يعد حالة كثيرة الشيوع بين النساء في المجتمعات العربية. ويحدث ذلك عند النساء حديثات العهد بالزواج. ويشاهد بكثرة في أوائل أيام الزواج ولكنه في الغالب يخف تلقائياً وبدون علاج مع تعود البكر المفتضة على الحياة الجنسية، وتكيفها مع زوجها. بيد أنه يحدث أن تستمر حالة التشنج المهبلي لفترة طويلة. وقد يمنع الخجل الزوجين من مراجعة الطبيب. وهناك حالات لنساء ظللن أبكاراً إلى حين ولادة الطفل الأول. وكما هو معلوم، فيمكن حدوث الحمل حتى إذا كان القذف خارج المهبل طالما حدث على فتحة المهبل الخارجية.

ونعتقد أن السبب الأول لتشنج المهبل هو شعور الفتاة البكر بالخوف الشديد من العملية الجنسية الزواجية. وهو بلا شك نتيجة للخوف من الجنس الحلال وهو في أكثره خوف من الألم المصاحب لفض البكارة. مع العلم أن ألم

فض البكارة ألم محتمل في العادة إلا أن الخوف الشديد يستبد بكثير من الفتيات. كذلك، فإن الخوف من الألم جزء من الخوف العام من الجنسُ نفسه.

وهناك نوعان من أنواع التشنج المهبلي. الأول هو التشنج الموضعي، وفيه يشمل التشنج عضلات المهبل الخارجية فحسب إلى درجة شديدة تمنع إتمام الجماع. أما النوع الثاني فهو التشنج المهبلي العام المنتشر، و يبدأ كتشنج موضعي في عضلات المهبل الخارجية إلا أنه ينتشر بقوة ليشمل تصلباً كاملاً في الجسم كله والتصاق الفخذين والساقين ويصاحبه إحساس شبيه بالشلل. وبالطبع فإن علاج النوع الثاني أصعب من النوع الأول.

وعلاج التشنج المهبلي بالطريقة التقليدية يشمل استعمال الإصبع من قبل الزوج لتوسيع مهبل الزوجة. وكذلك يوجه الرجل إلى استعمال أنواع مختلفة من موسعات المهبل، ليحاول هو نفسه توسيع المهبل أثناء خلوته بزوجته [١٥]. وقد وجدنا أن هذه الطريقة غير مجدية على الأغلب لأن الزوج سوف يمتنع عن عمل مثل هذه الأعمال حياءً واحترامًا لشعور زوجته. ولذلك فإن استعمال بعض العقاقير المهدئة للزوجة إضافة إلى الاقتراح على الزوجين أن يتم فض غشاء البكارة بعملية جراحية لتقليل ألم الزوجة ولتسهيل مهمة الزوج يعد بديلاً فعالاً. وقد كانت تجربتنا في هذا المضمار ناجحة باستعمال الجراحة مع المهدئات لفترة قصيرة، والتركيز على العلاج النفسي والثقافة الجنسية للزوجة. وكمثال على ذلك فقد أجريت خمس عمليات من هذا النوع لعلاج ست حالات خلال سنة واحدة في المستشفي الجامعي بالرياض.

انخفاض الرغبة الجنسية :

يعد انخفاض الرغبة الجنسية أكثر انتشاراً عند الزوجة في المجتمعات العربية للأسباب التي ذكرت من قبل. ونضيف هنا إلى أنه من الأجدى والأفضل بكثير أن يتم علاج مثل هذه الحالات من قبل أخصائية نفسية أنثى.

فهي أقدر على كسب ثقة المريضة وعلى إعادة تثقيفها من الناحية الجنسية، كما أن المريضة ستتجاوب مع المعالجة، وإذا كان المعالج رجلا فقد يتجاوب الزوج في ذهنها مع زوجها. وقد لوحظ أن استعمال العلاج التقليدي كما هو مشروح في الكتب الغربية يجابه برفض كبير من قبل مرضانا لأنه مبني على أساس استعمال الخيال الجنسي في تحفز وتنشيط الرغبة الجنسية. والعادة السرية عادة غير مقبولة دينيا في المجتمعات العربية. ولذلك فإن علينا استعمال العلاج النفسي لحل العقد التي تعرقل تنشيط الرغبة الجنسية. واستعمال مضادات الاكتئاب إذا كان سببا في انخفاض الرغبة.

استعمال الأدوية والعقاقير الطبية:

نظرا لمحدودية تطبيق كل أنواع العلاج الجنسي في المجتمعات العربية، فإننا نجتهد قدر الإمكان في دعم العلاج السلوكي والتمارين الجنسية باستعمال بعض العقاقير الطبية. فمثلا، من خصائص عقار "الكلومبرامين" أي "الأنفرانيل" أنه قد يؤخر القذف (١٦). ولهذا فيمكن استعماله في حالات القذف المبكر. ولكنه في الوقت نفسه قد يضعف الانتصاب، ولهذا فقد يكون عقار "البروزاك" أسلم منه في هذه الحالة. كذلك فإن العقارات المعروفة بمثبطات أحادي الأمين مثل عقار "النارديل" أو "البارنيت"، تقلل من قلق الأداء وبذلك فقد تفيد في علاج ضعف الانتصاب. كذلك يمكن استعمال مجموعة "البنزودايازبيم" في علاج التشنج المهبلي ولفترة محدودة.

References

(1) Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston, Little Brown 1970.

(2) Kaplan HI, Sadock BJ. Human sexuality - in synopsis of psychiatry. Williams Wilkins 1991.

(3) Crowe M. The treatment of sexual dysfunction. In family and marrital psychotherapy. Skinner SW 1979.

(4) Patai R. The realm of sex in the Arab mind. Charles Scribner's sons. New York. 1976.

(5) El-Saadawi N. The hidden face of Eve: Women in Arabian World. Zed Press 1980.

(6) Chaleby K. Psychological stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabia. Acta Psychiatr Scand 1986;73:147-51.

(7) Chaleby K. Traditional Arabian marriages and mental health in a group of outpatient Saudis. Acta Psychiatr Scand. 1988;77:139-42.

(8) Furlow WL. Male sexual dysfunction. Urol Clin North Am 1981;8:1-

(9) Al-Abdul Jabbar J. Socio-cultural antecedent of psychiatric disorder in Saudi Arabian women. PhD Thesis. University of London 1986.

(10) Dawkins S, Taylor R. Non-Consummation of marriage. Lancet 1961;2:1029.

(11) Marnissi F. Beyond the veil. Male-female dynamics in a modern moslem society. New York. John Wiley and Sons 1975.

(12) Al-Abdul Jabbar J, Chaleby K. Marrital therapy with Arab patients. 1991 submitted.

(13) Lopicolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. J Consult Clin Psychol 1986;54:158-67.

(14) Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. 1956;49:353.

(15) Arentewicz G, Schmidt G. Therapy setting in the treatment of sexual disorders. 1983;

الفصل الرابع

سن انقطاع الخصوبة وما حوله

ربما كانت مقولة "سن انقطاع الخصوبة" تعبير غير دقيق عن مرحلة طبيعية تمر بها كل امرأة. وهذا التعبير ترجمة سيئة لكلمة"Menopause" الإنكليزية، ومعناها ببساطة "توقف الحيض" أي توقف المرأة عن الدورة الشهرية التي مرت بها خلال سنوات عمرها التي كانت خلالها في حالة فسيولوجية (ومعنى فسيولوجية هو بكل بساطة "وظيفة حيوية") تكيف مبيض المرأة من أن يكون قابلا للإخصاب، وبالتالي بأن تكون مؤهلة للحمل والولادة. لقد استعمل فقهاء لغتنا العربية عبارة "سن انقطاع الخصوبة" بمعنى أن المرأة في هذا السن تكون غير قادرة على الإخصاب والإنجاب، ولكنهم بهذه الترجمة غير الدقيقة أدخلوا كلمة غير مستساغة وهي كلمة "انقطاع الخصوبة" من دون أن تعطي هذه العبارة المعنى الصحيح للناس. فقد أصبحت كلمة " انقطاع الخصوبة" تعني انقطاع الخصوبة من الحياة أو من الاستمتاع بمباهج الحياة. بينما لم يقصد من الكلمة الأصلية في العبارة الإنكليزية إلا سن توقف الدورة، ويا ليت كانت الترجمة العربية الرسمية لها هو "سن توقف الدورة" فلن تعطي معنى انقطاع الخصوبة الذي يبعث على التشاؤم ويترك طعما غير مستساغ في اللسان. ولكننا هنا سوف نتقيد بالترجمة الرسمية المتعارف عليها لدى الناس. وسوف نرى فيما بعد من أن هذا المفهوم غير صحيح في كثير من الأحيان.

يسبق سن انقطاع الخصوبة مرحلة خاصة متميزة تسمى مرحلة "ما قبل سن انقطاع الخصوبة" ومن الأفضل تسميتها بمرحلة "ما قبل توقف الدورة". تستغرق مرحلة "ما قبل توقف الدورة" فترة زمنية من خمس إلى سبع سنوات قبل أن تتوقف الدورة كليا أي أن الفترة الزمنية المستمرة من ٥-٦ سنوات إلى أن تتوقف الدورة تسمى مرحلة "ما قبل سن انقطاع الخصوبة". ويعود سبب تميز هذه المرحلة في حياة المرأة إلي أنها في تلك المرحلة الزمنية يبدأ المبيض في التغير وتبدأ وظائفه بالانحدار التدريجي، وقد يسبب هذا عدم

انتظام الدورة في بعض الأحيان. وبكلمة أخرى فإن مرحلة "ما قبل سن انقطاع الخصوبة" هي المدة الممتدة من بداية الانحدار في وظيفة المبيض وانتظام الدورة الشهرية إلى وقت أو حين توقف الدورة النهائي. وتسمى هذه المرحلة في الاصطلاح الطبي "Perimenopuase" أي مرحلة ما حول سن انقطاع الخصوبة وتسمى أيضا."Climacteric Period"

منذ زمن بعيد كانت ولا زالت الفكرة المتفشية عند الناس على أن سن انقطاع الخصوبة هو مرحلة من العمر تتصف بالمزاجية والاضطراب النفسي والقلق وشكاوى كثيرة من أوجاع وآلام في الجسم من أسباب طبية عضوية، أو من أسباب نفسية أو حتى خيالية. وقد تكون هناك حقيقة علمية وراء تلك المعتقدات الشائعة، بيد أن هناك أمراضا نفسية معروفة تبدأ بالظهور في سن الخمسين وما بعده. وقد تتميز تلك الأمراض أو الاضطرابات النفسية بأعراض خاصة تكون ملاحظة أكثر عند النساء و يندر حدوثها في الرجال ولكن احتمال وجود أعراض مماثلة عند الرجال ممكنة على الرغم من ندرتها.

إن وجود فكرة ارتباط سن انقطاع الخصوبة بوجود أعراض نفسية سيئة عند المرأة قد تكون صحيحة في ضمن حدود معينة، ولكنها بالتأكيد لا تعني بأن سن انقطاع الخصوبة يتلازم بالضرورة بوجود أعراض الاكتئاب أو القلق واضطرابات بالمزاج.وهناك أكثر من دليل على أن وجود تلك الأعراض قد لا يكون ناتجا عن التغيرات الفسيولوجية، بل بسبب ما يقلل المجتمع نفسه من أهمية الشباب وجمال شكل المرأة في سنوات عمرها المبكرة.أما في المجتمعات التي لا تركز كثيرا على هذا الموضوع فإن النساء في سن انقطاع الخصوبة لا يعانين على الأكثر من أي أعراض نفسية.فهناك ملاحظة وهي أن أكثر نساء الهند من الطبقة الفقيرة أو فوق الفقيرة أو حتى المتوسطة

يكن أكثر قوة وثقة واتزانا من الناحية النفسـية فـي مرحلـة سـن انقطـاع الخصوبة. ويعتقد علماء الاجتماع في الـهند أن رواج ذلـك فـي المجتمـع الهندي يرجع لإعطاء القيادة فـي الأسـرة إلـى الأم، وفـي مرحلـة سـن انقطاع الخصوبة تكون المرأة الهنديـة فـي العـادة أمـا لرجـل مـتزوج ونساء متزوجات. فهي في هذه المرحلـة تـأمر وتنـهي أولادهـا وبناتـها، كما إنها السيدة المطاعة من قبل زوجـات أولادهـا. وفـي الغـالب يكـون الزوج في هذا الوقت كبيرا في السـن وقـد أنهكـه المـرض إذا لـم يكـن ميتا بالفعل، ومن ثم فالمرأة في هذه الحالـة سـيدة الموقـف وتسـتطيع أن تمارس مع بناتها أنواع الاضطهاد التـي مارسـته معـها حماتـها عندمـا كانت شابة وجميلة و مشغولة بالحمل والـولادة. كذلـك فـإن الكثـير مـن علماء الاجتماع لاحظوا أن بعض النساء على الرغـم مـن أنـهن سـعيدات بما حققن من إنجـاب مـن أولاد وبنـات إلا أنـهن بعـد انقطـاع العـادة يشعرن بالارتياح وهدوء البال لأنهن أدين وظيفتـهن ولـم يعـدن يحملـن تلك المسؤولية. كذلك فإن النسـاء فـي مرحلـة انقطـاع الخصوبـة مـن الممكن أن يتمتعن بالجنس مع الزوج كما كن فـي أيامـهن السـابقة، فـإذا كان أزواجهم موجودون وحياتهم الجنسـية عاديـة فـإن تمتعـهن بـالجنس يزداد وذلك لعدم وجود القلق من الحمـل والـولادة.

في سنة ١٨٩٠م وضع العالم الطبيب النفسي الشهير "كربلين" الذي يعـد من أوائل الأطباء النفسيين الذين صنفوا الأمراض النفسية وميزوا بعضها عـن بعض، مصطلحا لمرض سماه "المناخوليـا الانكماشـية" وفـي الإنكليزيـة "Involutional Melancholia" ووصف "كربلين" هـذا المـرض بأنـه يصيب النساء في سن انقطاع الخصوبة، وتكون أعراضه متسـمة بالاكتئـاب الشديد المتصف بالحركة الدائمة والقلق مع عدم الاستقرار، وكذلـك ظـهور أعراض عضوية من آلام وأوجاع منتشرة في كل أجزاء الجسم دون أسـباب

طبية عضوية، وكذلك يصيب هؤلاء النساء بعض الضلالات والأوهام المرضية التي قد تصل إلى درجة الشعور بأن أجزاء من جسمه غير موجودة أو لا تعمل، وهو شعور يظهر في الحالات الشديدة في هذا المرض ومن جراء التأخر في العلاج. وربما كان من المناسب في هذا المجال أن نذكر أن الحالة المرضية التي سماها "كربلين" بالمناخوليا الانكماشية، لم تعد تسمى بهذا الاسم. وفي الحقيقة لا يوجد مرض نفسي اسمه المناخوليا، على الرغم من انتشار هذا المصطلح بين عوام الناس والذي يقصد به نوع غير واضح من أنواع الاضطراب العقلي أو ما يسميه بعض الناس بالجنون. وفي الحقيقة إن مصطلح المناخوليا هو من أصل يوناني قديم يوم أن كان الطب والحضارة اليونانية هي السائدة في العالم وهي تعني في لغة اليونان "السواد" ولهذا ترجمها البعض بالسوداوية، وقد استعمل الأطباء العرب في العهد العباسي هذه الكلمة كما هي من دون ترجمة وظلت قيد الاستعمال العامي حتى الآن. أما من الناحية الطبية النفسية فإن مرض المناخوليا الانكماشية لم يثبت بأنه تشخيص لمرض بحد ذاته ولهذا ففي نهاية السبعينيات من القرن العشرين ألغي هذا التشخيص نهائيا.

يبدأ سن انقطاع الخصوبة في المدة من عمر ٤٤ إلى عمر ٥٥ سنة. أي أن هناك من النساء من تتوقف عنهم الدورة في سن مبكر مثل سن الرابعة والأربعين ومن النساء من يتأخر عنهم توقف الدورة إلى سن الخامسة والخمسين، وبما أن معدل عمر المرأة أكثر من الرجل بمشيئة الله إذ قد يصل في كثير من الأحيان إلى ما بعد الثمانين من العمر، فإن هذا يعني أن المرأة قد تقضي أكثر من ثلث عمرها في مرحلة سن انقطاع الخصوبة. ومعظم النساء في هذه المرحلة من العمر يحسون ببعض التغيرات الفسيولوجية التي قد تبدأ في السنين التي تسبق توقف الدورة أي في مرحلة ما قبل سن انقطاع

الخصوبة، وقد يصاحب تلك التغيرات الفسيولوجية تقلبات في المزاج والعصبية الزائدة.

الغدد والهرمونات في سن انقطاع الخصوبة :

كما أسلفنا من قبل فإن التغيرات الفسيولوجية التي تشمل بطبيعة الحال التغيرات في الغدد الصماء التي تفرز الهرمونات، تبدأ في السنين التي تسبق سن توقف الدورة. أي أن التغيرات الجسمية في الغدد الجنسية للمرأة تبدأ قبل أربع وخمس سنين من السن الحقيقي لانقطاع الخصوبة. وذلك لأن مظاهر التعب والإرهاق تبدأ على المبيض في أول الأمر وهكذا وبصورة تدريجية تنهار قواه ويتوقف عن إعطاء البيض بصورة نهائية بعد عدة سنين من التدهور التدريجي في وظائفه. وبما أن المبيض نفسه هو أحد الغدد الصماء، وهو المسؤول عن تنظيم الدورة الشهرية، فإن اضطراب الدورة الشهرية وعدم انتظامها هو أول أعراض التدهور الوظيفي في المبيض وعندما يشيخ ويتوقف المبيض عن العمل تنقطع الدورة نهائيا ويبدأ سن انقطاع الخصوبة. ولهذا فإنه في السنين التي تسبق سن انقطاع الخصوبة تبدأ الدورة بعدم الانتظام في بعض الأحيان وقد تفقد نهائيا في بعض الأشهر، وفي تلك الحالة أي عندما تفتقد الدورة نهائيا يكون المبيض قد عجز عن إعطاء البيضة التي يتوقع أن تعطيها قبل منتصف زمن بين دورة وأخرى. ومن أعراض تعب المبيض أيضا أن تكون كمية الدم غير منتظمة كأن تكون كثيرة أو طفيفة في بعض الأشهر وهكذا.

وفي حالة ابتداء المبيض في التعب والعجز التدريجي، يبدأ إفراز هرمون الاستروجين، وهو هرمون أنثوي يفرزه المبيض، يبدأ بالانخفاض وذلك لانخفاض نشاط المبيض نفسه. وإذا انخفض مستوى الاستروجين إلى حد معين ينشط إفراز هرمونات أخرى من الغدة

النخامية. أي أن انخفاض مستوى الاستروجين في الدم ينبه الغدة النخامية ويعطيها إنذارا بذلك فتبدأ الغدة النخامية بدورها في إفراز نوعين من الهرمونات وذلك لتنشيط المبيض وتحفيزه حتى يفرز المزيد من هرمون الاستروجين ويزيد من كمية ذلك الهرمون في الدم إلى المستوى الطبيعي الذي كان عليه. وهذا يعني بطبيعة الحال أن الهرمونات المنشطة للمبيض والمفروزة من قبل الغدة النخامية سوف تزداد ويرتفع مستواها في الدم. ويسمى أحد هذين الهرمونين المحفزين للمبيض بالهرمون المحفز للحويصلات المبيضية و يرمز إلى أسمه بـ" F S H "، ويسمى الهرمون الثاني بالهرمون المخصب ويرمز إليه بـ "LH" إن هذين الهرمونين المحفزين يتأثران بدورهما بهرمون الاستروجين الذي يفرزه المبيض. فعندما يكون المبيض في حالة صحية طبيعية فإنه يفرز هرمونا آخر أسمه "أنهبين" أي "المثبط"، ووظيفة هذا الهرمون هو أن يثبط أي يخفض من إفراز الهرمونين "**F.S.H**" و "**L.H**" وذلك لأن المبيض في حالة طبيعية ولا يحتاج إلى كميات كبيرة من الهرمونات المحفزة. في بداية التعب التدريجي في المبيض يبدأ هرمون الانهبين (المثبط) بالانخفاض مما يزيد من ارتفاع الهرمونات المحفزة الـ "**F.S.H**"، ولهذا فإن قياس كمية أو تحليل مستوى هذا الهرمون المحفز في الدم في اليومين التاليين لابتداء الدورة الشهرية، إذا كان مرتفعا فإن هذا يدل على أن المرأة بدأت في مرحلة ما قبل سن انقطاع الخصوبة. ففي اليومين أو الثلاثة بعد ابتداء الدورة يكون هذا الفحص التحليلي دقيقا وصحيحا، أما إذا تأخر وقت التحليل إلى أيام تالية في الدورة فإن مستوى الـ "**F.S.H**" يكون عاليا بالرغم من أن المرأة لم تصل إلى سن انقطاع الخصوبة بعد، خصوصا إذا قيس هذا الهرمون في منتصف الدورة.

ويكون هرمون الاستروجين على شكل تركيب كمياوي معين حتى يكون فعالاً من الناحية الحيوية، ويسمى هرمون الاستروجين بشكله الفعال بـ"الاستردايول" ويكون مستواه في الدم قليلاً بعد أو حول سن انقطاع الخصوبة ولا يمكن أن يكون أكثر من ٢٥ بيجي في الملتر. وفي الوقت نفسه يكون مستوى الـ"F.S.H" أعلى من ٤٠ملي وحدة عالمية في كل مللتر.

الأعراض النفسية والجسمية في سن انقطاع الخصوبة :

إن توقف الدورة الشهرية يعني أن المبيض في الأنثى لم يعد يعمل بصورة منتظمة كما أن سن انقطاع الخصوبة يعنى بالضرورة أن المبيض توقف بصورة نهاية عن إنتاج البويضات. إن توقف المبيض عن العمل عما كان عليه يعني أيضاً أن إنتاج هرمون الاستروجين قد انخفض إلى درجة كبيرة. وبما أن الاستروجين هو الهرمون الأساسي عند الأنثى فإن معظم الأعراض التي تشكو منها المرأة في هذه المرحلة من حياتها تكون نتيجة الانخفاض الشديد لمستوى هذا الهرمون في الجسم. ومن المستحسن أن نتناول أعراض سن انقطاع الخصوبة من ثلاث نواح رئيسة، هي الأعراض الجسمية، والأعراض النفسية ومن ثم التأثيرات الجنسية لسن انقطاع الخصوبة.

الأعراض الجسمية:

أول الأعراض التي تشعر بها المرأة عندما تتوقف العادة الشهرية وأكثرها انتشاراً هي الشكوى من "موجات الحر". وموجات الحر تلك تنتج عن تغيرات في حركات الأوعية الدموية وخصوصاً الشرايين في الجسم التي تتمركز غالباً في الوجه. ونقصد بالتغيرات الحركية للأوعية الدموية التقلصات ومن ثم التمددات التي تحدث في الشرايين. وعندما يتمدد الشريان فإنه يسمح

يتدفق الدم الحار إلى الجزء الذي يغذيه ذلك الشريان. ومن الجدير بـالذكر إن التغيرات في حركة الشرايين تسبب أيضا قلة أو انخفاضا في مستوى هرمـون الاستروجين في الدم. يرافق موجات الحر كذلك موجات من العـرق البـارد وذلك للسبب نفسه. وتصيب موجات الحر والعرق البارد ما يقارب الـ ٨٠% أو يزيد من النساء في هذه المرحلة من العمر، وتستمر في بعض الأحيان لعدد من السنوات بعد توقف العادة الشهرية. وعندما تأتي موجة الحر فإنها تسـتمر لفترة تتفاوت ما بين دقيقة واحدة إلى خمس عشرة دقيقة، وتصحبها أحيانا مـع العرق البارد شعور بقصر النفس أو الدوخة وارتفاع فـي نبضـات القلـب. ونلاحظ هنا أن هذه الأعراض قد تشبه في بعض الأحيان أعـراض "نوبـات الهلع(Panic Attacks) "، وهو مرض نفسي معروف، من هنا فـإن علـى الطبيب أو الطبيب النفسي أن يميز في التشخيص بين نوبات الـهلع ونوبـات موجات الحر المصاحبة لسن انقطاع الخصوبة فكل حالة خاصة منفردة بذاتها. وإذا صادف أن جاءت موجات الحر في الليل أو أثناء النوم فـإن المريضـة سوف تشكو من الأرق واضطرابات النوم. فإذا تأثر نومها فإنها على الأغلـب سوف تشكو من الوهن والعصبية وضعف التركيز الذهني أثناء اليـوم وذلـك لقلة فترة النوم الكافية.

وعلينا أن نتذكر بأن موجات الحر من الممكن أن تـأتي مبكـرة وقبـل توقف الدورة الشهرية الكامل، أو أنها من الممكن أن تحدث ولازالت المـرأة تمر بفترات الحيض، أي في فترة ما قبل انقطاع الدورة.

أما من الناحية العضوية البحتة فإن الانخفاض التدريجي لإفراز هرمـون الاستروجين من المبيض يسبب ضمورا بالأغشية المبطنة للأعضاء التناسـلية والبولية، فلذا يرق جدار المهبل والمثانة والمجاري البولية، وهذا يسبب ألمـا عند الجماع وكذلك تظهر بعض الاضطرابات البولية، مثل التبول المتكـرر،

وعدم السيطرة على البول في بعض الأحيان والالتهابات المتكررة في المجاري البولية والتناسلية. إن انخفاض هرمون الاستروجين له تأثير يمتد إلى أكثر من الأعضاء التناسلية، فهرمون الاستروجين يقوي القلب والعظام ويمنع انسداد شرايين القلب. ولهذا فعندما تنخفض نسبة الاستروجين في الدم فإنه يجعل المرأة أكثر عرضة لأمراض القلب والجلطات الدمية في شرايين القلب، كذلك تضعف العظام وتصاب بمرض "تنخر العظام.(Osteoporosis)" وبالطبع تزداد احتمالية الإصابة بأمراض القلب والعظام مع تقدم السن.

اضطرابات المزاج:

على الرغم مما هو مشاع بين الناس، فإنه لم تثبت البحوث العلمية أن سن انقطاع الخصوبة بحد ذاته لا يزيد بالضرورة من احتمال ظهور الأعراض الاكتئابية عند المرأة. مع الاعتراف بأن بعض النساء والبعض فقط يتعرضن للاكتئاب والاضطرابات المزاجية الأخرى عندما يصلن إلى هذا السن، خصوصا إذا كن يعانين من موجات الحر والتغيرات في حركات الأوعية الدموية. فقد تبين أن وجود موجات الحر والعرق البارد يزيد من احتمال وجود اضطراب المزاج والاكتئاب وذلك لسبب غير واضح. كما أن القلق والاكتئاب يخفان ويذهبان تدريجيا باختفاء تلك الأعراض من موجات حر وغيرها. وكذلك يرتبط احتمال وجود اضطرابات المزاج مع وجود تاريخ للاكتئاب أو أي أمراض نفسية أخرى مرتبطة بأحداث الحمل والولادة، أو أي اضطراب متعلق بالنشاط التناسلي مثل المزاجية المصاحبة لحبوب منع الحمل أو المزاجية المصاحبة للعادة الشهرية. أي إذا كان هناك تاريخ مرض الاكتئاب أو الذهان أو البرنويا في أثناء مدة الحمل أو فيما بعد الولادة كما هو مشروح في فصل آخر من هذا الكتاب، فإن ذلك يعرض المرأة لأن تعاني في فترة سن انقطاع الخصوبة. كما علينا أيضا أن لا ننسى أن المشكلات الحياتية

وكروب الحياة لها أثرها أيضا. فمثلا حدوث الطلاق أو زواج الزوج بامرأة أخرى أو وفاته أو فقدان أحد الأبناء أو مجرد وجود مصاعب شديدة في تربية الأبناء وتكوين الأسرة، كل ذلك له دوره الكبير في تسبب أو على الأقل في ظهور الاضطرابات النفسية المصاحبة لسن انقطاع الخصوبة. ولعل من المناسب أن نذكر أن الأبحاث الطبية النفسية وجدت أن فقدان أحد الأبوين من أم أو أب في هذه المرحلة من العمر لا يسبب أي اضطراب في المزاج كذلك لا يوجد تأثير سلبي عندما يكبر الأولاد و يتركون بيت الأسرة الكبير. ربما كان ذلك لسبب أن ترك الأولاد بيت الأسرة الأصلي يعني نضوجهم واعتمادهم على أنفسهم، وهذا يرمز إلى نجاح الأم في تربيتها لهم.

أما إذا كانت المرأة تعاني من اضطرابات نفسية في حياتها التي سبقت سن انقطاع الخصوبة خصوصا إذا كانت تعاني من الاكتئاب، فإن تلك الحالة سوف تزداد أو تزيد سوءا في هذه المرحلة. كذلك يزيد وجود الأمراض العضوية مثل مرض القلب أو السكر أو الضغط، من احتمال الاكتئاب والقلق وأحيانا الحالات الذهانية في مرحلة سن انقطاع الخصوبة.

الجنس في مرحلة سن انقطاع الخصوبة:

هناك فكرة شائعة تقول إن المرأة في سن انقطاع الخصوبة تفقد الاهتمام بالجنس أو على الأقل تقل رغبتها فيه. وهذا الاعتقاد خطأ في الغالب، فأكثر النساء (اللاتي كن ممارسات) للجنس قبل سن انقطاع الخصوبة يواصلن في هذا النشاط ولا تقل رغبتهن فيه إلا قليلا. ولكننا نشير هنا إلى أغلب النساء، أي أن هذا لا يعني كلهن، فكثير من النساء في هذه المرحلة يقل نشاطهن الجنسي وتقل كذلك الرغبة في الجنس. ويكون السبب في ذلك هو التغيرات الجسمية الفسيولوجية في الجهاز التناسلي. فانخفاض نسبة هرمون الاستروجين يتسبب كما ذكرنا في ضمور خلايا الجهاز التناسلي في الرحم

وفي المهبل، وكذلك الالتهابات التي تصيب هذا الجهاز، وهذا بدوره يـــؤدي إلى الألم الذي يصاحب العملية الجنسية. ومن الممكن التغلب على هذهِ المشكلة باستعمال هرمون الاستروجين نفسه وذلك على شكل حبوب أو علــــى شــكل مرهم دهني ليوضع في المناطق الجنسية مباشرة. والاستروجين سوف يحفــز الجهاز التناسلي ويعالج الضمور الذي يصيب الجهاز التناسلي. أما قلة الرغبة الجنسية فيمكن معالجتها باستعمال هرمون التستيرون. وهرمون التستيرون هذا هو هرمون ذكري بالدرجة الأولي ولكنه المسؤول عن تحفيز الرغبة الجنســية عند الرجل والمرأة على حد سواء.

ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن نعزو كل أو حتــى معظــم أســباب الاضطرابات الجنسية في المرأة في سن انقطاع الخصوبة إلى أسباب عضوية وفسيولوجية. بل هناك أسباب أخرى، ففي هذا السن مثـــلاً تكـثر الأمــراض العضوية الأخرى مثل السكر والضغط. كذلك تكثر الأمراض النفســية مثــل الاكتئاب وغيره، ويجب أن لا ننسى الاختلافات الزوجية، كما أن رغبة الزوج في زوجته قد تتغير في هذا السن وفي الغالب لن يفصح الزوج عن ذلك التغير بصراحة. كما أن هناك حقيقة قد تغيب عنا وهي أنه في كثير مـــن الأحيــان يكون العجز أو الإشكال الجنسي في الزوج نفسه، ولسبب ما تشعر المرأة أنــها هي المقصرة سواء أكان ذلك السبب عن وعي منها أم محاولة لحماية الــزوج من الحرج، أو عن غير وعي منها واعتقادها الحقيقي بأنـــها هـــي صاحبــة المشكلة.

ومن هنا نرى أن الطبيـــب إذا أراد أن يقيـم الوظيفــة الجنسـية فــي هذا السن عليــه أن يضــع فــي حســبانه العوامــل النفســية والاجتماعيــة والأسرية بالإضافة إلى العوامل العضوية فـــي الحسـبان. وهنـــا نعــرض تلك الأسباب بصورة مبسطة أكـــثر:

العوامل المؤثرة في تولد الاكتئاب والاضطراب في الوظائف الجنسية في سن انقطاع الخصوبة هي :

(١) تاريخ مرضي لوجود الاكتئاب أو الاضطرابات الجنسية قبل سن انقطاع الخصوبة.

(٢) استعمال حبوب منع الحمل مع وجود تقلبات في المزاج مصاحبة لتناول تلك الحبوب.

(٣) وجود تقلبات مزاجية خفيفة مصاحبة للدورة الشهرية أثناء تواجدها في السنين السابقة.

(٤) وجود تاريخ مرضي لحالات الاكتئاب في المدة التي تلت الحمل والولادة.

(٥) وجود اضطراب حركات الأوعية الدموية التي تصاحب سن انقطاع الخصوبة والتي تؤدي إلى موجات الحر والعرق البارد وغيرها.

(٦) مشكلات وكرب حياتية أثناء تربية الأولاد والحياة العائلية.

(٧) انخفاض المستوى الثقافي للمرأة، وهذه الملاحظة مهمة لأن المرأة المثقفة أقل عرضة بكثير من المرأة غير المثقفة للإصابة باضطرابات سن انقطاع الخصوبة باختلاف أنواعها. وربما كان ذلك بسبب أن المرأة المثقفة عندها من منافع عملها وثقافتها ما يقلل من اعتمادها على دورها الجنسي. بينما لا تملك المرأة غير المثقفة في الغالب غير دور الزوجة والأم في هذه الحياة فمتى ما وصلت سن انقطاع الخصوبة قل دورها كأم لكبر أولادها، وقلت رغبة الزوج الجنسية فيها لتغير شكلها وجاذبيتها.

(٨) الالتهابات في الأعضاء التناسلية والمجاري البولية.

(٩) وجود الضعف الجنسي عند الرجل.

(١٠) خسران بعض الأقارب مثلاً في حالات وفاة الزوج أو الطلاق.

(١١) وجود الأمراض العضوية المزمنة مثل السكر والضغط وأمراض القلب.

العلاج بهرمون الأستروجين:

يلاحظ من مناقشتنا لمشكلات سن انقطاع الخصوبة أن هُرمون الاستروجين يؤدى دوراً كبيراً في تسبب معظم الاضطرابات النفسية والعضوية المعاصرة لهذا السن. ومن هنا كان من الطبيعي أن نتوقع أن تعويض الجسم ما يفقده من هذا الهرمون سوف يكون له مفعول علاجي فعال. وفي الحقيقة أن ذلك التوقع في مكانه، فقد أثبتت البحوث الطبية أن أخذ هرمون الاستروجين بعد توقف الدورة الشهرية له فوائد كثيرة منها أنه يعالج موجات الحر وما يصاحبها من أعراض كما قلنا، فضلاً عن أنه قد يساعد في علاج الاكتئاب ولو أن ذلك لا زال قيد البحث، إلا أن هذا الهرمون يساعد بالتأكيد في التقليل من خطورة الإصابة بأمراض القلب والشرايين، وهو فعال في التقليل من الإصابة بوهن العظام الذي يصيب معظم النساء في هذه السن. ولكن مع وجود تلك الفوائد فإن له محاذير أيضاً ومن أهمها أنه قد يسبب أو يساعد على سرطان الغشاء المبطن للرحم في بعض الأحيان. ولكن تلك الخطورة من الممكن التغلب عليها بإعطاء هرمون آخر هو هرمون "**البروجسترون**". والذي سوف يعكس مفعول الاستروجين الضار على الرحم ويمنع ظهور سرطان الغشاء الرحمي، مع الحفاظ على كل فوائد الاستروجين للجسم والنفس. ولكن في كثير من الحالات تكون المرأة ولسبب ما قد فقدت الرحم بعملية جراحية لأسباب أخرى، فإذا كان الرحم غير موجود فلا داعي لإعطاء هرمون البروجسترون بل يمكن إعطاء الاستروجين وحده من دون خطورة. والجدير بالإشارة أن هرمون البوجستيرون الذي يحمي الرحم من السرطان يحمل في الوقت نفسه بعض الأعراض الجانبية، وسوف نتكلم عن الأعراض الجانبية لكل من الاستروجين البروجسترون بشيء من التفصيل.

يعطى هرمون الاستروجين عادة على شكل حبوب، بمعدل حبة واحدة في اليوم. أما هرمون البروجسترون فإنه قد يعطى بنفس الطريقة، ولكن

المفضل أن يؤخذ لمدة ١٢ يوماً فقط ويوقف بعد ذلك إلى حين انتهاء الدورة الشهرية، ثم يبدأ مرة أخرى لمدة ١٢ يوماً ابتداءاً من اليوم الأول للدورة الجديدة. أما سبب ذلك فإنه يعود إلى أن العلاج بالبروجسترون قد يسبب بين الفترة والفترة وفي أحيان قليلة بعض النزيف الرحمي، وهذا شيء طبيعي لا خطورة فيه، ولكن لا يمكن أن نتأكد أن سبب النزيف هو البروجسترون بالذات فهناك أسباب أخرى محتملة لهذا النزيف منها وجود تغيرات سرطانية في الرحم لا علاقة لها بالعلاج. المشكلة هنا هو في أننا لو أردنا التأكد من أن الرحم سليم فإن علينا أن نجري فحوصات معقدة منها أخذ عينة من الرحم. ومن هنا كان من المفضل أن يعطى علاج البروجسترون بصورة "**دورية**" بدلاً من الطريقة "**المستمرة**" أي من اليوم الأول إلى اليوم الثاني عشر للدورة، وبعد اليوم الأخير من العلاج فمن المتوقع أن يكون هناك نزيف بسيط، ولكن في هذه الحالة نعرف أن سبب النزيف هو التوقف عن تعاطي البروجسترون المفاجئ، وفي تلك الحالة لا يوجد هنا احتمال آخر للنزيف ولا داعي للفحوصات الطبية النسائية المعقدة .

ويعطى هرمون الاستروجين مع البروجسترون على أشكال متعددة من الجرعات المتنوعة، حسب طبيعة وحاجة المرأة المعنية بالعلاج. أكثر المستحضرات انتشاراً هو استعمال الأستروجين على شكل مستحضر مسمى من قبل الشركة المصنعة "بريمارين" بكمية ٠،٦٢٥ ملجرام في الحبة الواحدة، مع البروجسترون على شكل المستحضر "مدروكسي بروجسترون أستيب" وتسمية الشركة المصنعة "بروفيرا"، ويعطى بجرعة ٢،٥ ملجرام للحبة، حبة واحدة في اليوم بصورة مستمرة إذا استخدمت الطريقة "المستمرة" في العلاج. أو على شكل ٥ إلى ١٠ ملجرامات في اليوم ولمدة ١٢ يوماً في الشهر فقط إذا استخدمت الطريقة "الدورية."

الفوائد والمحاذير للعلاج بالهرمونات:

لا شك أن العلاج بهرمون الاستروجين له فوائد كبيرة، فقد ثبت مثلاً أنه يعالج اعتلالات حركات الأوعية الدموية التي تسبب "موجات الحر" والعرق البارد والغثيان وغيره من الاضطرابات التي ذكرناها. كما أن تناول هرمون الاستروجين يمنع أو يعالج الضمور الذي يصيب الجهاز التناسلي. وعند إعطاء الاستروجين للمرأة في هذا السن فإن علينا أن نتذكر أن أمراض القلب والشرايين هي المسبب الأول للوفاة في هذه المرحلة. كما أن وهن العظام وضعفها ومن ثم الكسور التي تكثر حدتها وعددها من جراء ذلك هي من أهم العوامل التي تؤدي إلى العجز والتعوق الوظيفي في هذا السن. فعندما نعلم أن الاستروجين يقلل من احتمال الإصابة بأمراض القلب ويساعد على ترسب الكالسيوم في العظام ومن ثم منع أو على الأقل يقلل من حدة وهن وتنخر العظام، عند ذلك ندرك أهمية هذا الهرمون في العلاج. كما تبين إن النساء اللاتي يتناولن الاستروجين في سن انقطاع الخصوبة يكن أطول عمراً وأقوى صحة من اللواتي لا يتناولن ذلك.

نعم هناك من الأبحاث العلمية ما يشير إلى أن الاستروجين قد يساعد أو يكون أحد العوامل في ظهور سرطان الثدي. ولكن هناك ــ في المقابل ــ من الأبحاث الطبية لا تؤكد ذلك ولكن لخطورة سرطان الثدي نفترض أن احتمال اشتراك الاستروجين كأحد مسببات سرطان الثدي احتمال واجب الحذر منه. إن سرطان الثدي يصيب ما يقارب العشرة بالمائة من النساء، ولكن العمر الذي يصيب هذا المرض المرأة هو أواخر الستينات من العمر أي حوالي سن الـ ٦٨. بينما في سن الخمسين الذي هو على الغالب بداية سن انقطاع الخصوبة، تكون المرأة معرضة للإصابة بأمراض القلب والشرايين بنسبة خمسة أضعاف احتمال إصابتها بسرطان الثدي. ومن المعروف أن

الاستروجين يقلل احتمال الإصابة بأمراض القلب والشرايين بنسبة تصل إلى ٦٥%. كما أن الاستروجين يقلل من احتمال الإصابة بوهن العظام وكسور عظم الفخذ بالتحديد بنسبة ٧٥%. أما عن هرمون البروجستيرون الذي يعطى مع الاستروجين فلا توجد دراسات كافية تؤكد دوره في علاج أمراض القلب أو العظام، وكذلك لا يعرف إذا كان له أي دور في الإصابة بسرطان الثدي.

إن تناول الاستروجين له منافع واضحة ولكنها تقف أمام الخطورة التي تدعي أن للاستروجين دوراً في تسبب سرطان الثدي، في حالة تناوله لمدة تزيد عن خمس سنوات متتالية. فإذا كان للمرأة أقارب كثيرون أصيبوا بسرطان الثدي وخصوصاً إذا كانت العائلة مبتلاة بهذا المرض في سن مبكرة نوعاً ما فإن العلاج بهرمون الاستروجين غير مرغوب فيه.

وكما هي الأمر في حالة تناول حبوب منع الحمل التي تتكون من نفس الهرمونين (الاستروجين والبروجستيرون)، فإن هناك تفاوتًا كبيرًا في الجرعات اللازمة بين امرأة وأخرى. إن حوالي ٥ -١٠% من النساء سوف يعانين من أعراض جانية غير مريحة. لكن سوف يستفدن من جرعاتٍ أقل من العادية. والأعراض الجانية الممكن توقعها أن تنتج من الاستروجين مثلاً الألم الخفيف في الثدي وانتفاخ في الثدي وربما في الجسم ككل،والصداع. أما الاستروجين فإنه قد يسبب مع الانتفاخ الناتج من تجمع الماء والسوائل في الجسم، ازدياداً في الوزن، وكذلك تعكراً في المزاج والعصبية. أما الاستروجين نفسه فقد بينت الدراسات أنه يحسن من المزاج إذا استعمل في سن انقطاع الخصوبة. ولكن إذا كان هناك اكتئاب حقيقي بالإضافة إلى تعكر المزاج والعصبية، فإن الاستروجين وحده لا يمكن أن يعالج ذلك الاكتئاب ويجب استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب.

الفـــــــــوائد:

(١) الشفاء من الاضطراب الحركي للأوعية الدموية: التي تكـــون المســـببة لموجات الحر والعرق البارد والغثيان. وهنا يؤدي استعمال الاســـتروجين وحده أو مع البروجستيرون إلى الفائدة نفسها.

(٢) تخفيف وعلاج الضمور في الجهاز التناسلي والبولي للمرأة: وما يصاحبـه من أعراض. وهنا أيضاً يؤدي اســـتعمال الأســـتروجين وحــده أو مــع البروجستيرون إلى الفائدة نفسها.

(٣) التخفيف من خطورة الإصابة بأمراض القلب والشـــرايين: وهنـــا يكـــون الاستروجين هو المهم، أما دور البروجستيرون فإنه قـــد يكـــون عـــاملاً مساعداً لتحقيق الغرض نفسه.

(٤) العلاج أو التخفيف من خطورة الإصابة بوهـــن العظـــام: ثبـــت فعاليـــة الاستروجين في تقليل خطورة وهن العظام والتقليل من نسبة كسور عظام الفخذ والفقرات. ومن ثم فإن دور البروجستيرون هنا دور ثانوي مســـاعد لم تتضح معالمه بعد.

(٥) الإطالة من العمر بمشيئة الله والصحة العامة: ويتحقـــق ذلـــك بالتـــأثير الإيجابي للإستروجين على صحـــة القلـــب والشـــرايين والعظـــام. أمـــا إذا أعطي البروجســـتيرون مـــع الاســـتروجين فإنـــه لـــن يزيـــد مـــن فعاليتـــه، وربمـــا يكـــون تـــأثير الأســـتروجين غـــير المصحـــوب بالبروجستيرون أكثر إيجابية فـــي بعـــض الأحيـــان. ويعتقـــد أن ذلـــك بسبب الزيادة في نسبة سرطان الثدي عنـــد النســـاء المعرضـــات لـــهذا المرض أو لأسباب أخرى وراثيـــة أو غيرهـــا.

المحاذير:

(١) سرطان الرحم: وهو بالتحديد سرطان عنق الرحـــم النـــاجم عـــن استعمال هرمون الاستروجين لمدة طويلة حيث تـــزداد الخطـــورة بزيادة المدة حتى تصل من ثمانية إلى عشرة أضعـــاف الاحتمـــال (بالمقارنة فيما إذا لم يستعمل الاستروجين) بعد استعمال يستمر من عشر إلى عشرين سنة. إن سرطان بطانة الرحم من الســـرطانات غير الخطيرة نسبياً إذ أن احتمال الشفاء منها بالعلاج عال نســـبياً، ولهذا فإن احتمال الوفاة ليس عالياً. ومن الممكن التغلب على هـــذه المشكلة بإضافة هرمون البروجستيرون لأنه سوف يقلـــل مفعـــول الاستروجين المسبب للسرطان.

(٢) سرطان الثدي: المتهم الأول في هذا هو الاستروجين، ولو أن تلـــك الخطورة لم تثبت بصورة قطعية إلا أن هناك مـــا يـــدل علـــى أن استعمال الاستروجين لمدة تزيد عن خمس سنوات سوف يزيد مـــن الخطورة بنسبة قد تكون مهمة. والبروجســـتيرون هنـــا لا يعكـــس مفعول الاستروجين، بل قد يكون عاملاً إضافياً فـــي تســـبب هـــذا المرض، فقد يزيد من الخطورة بنسبة ٢٥%.

(٣) أعراض جانبية خفيفة والنزف المهبلي: يؤدي الاستروجين بنســـبة ٥ - ١٠% من الحالات إلى صداع خفيف وبعض الألم في الثـــدي وأحياناً قليلاً الانتفاخ في الجسم. وتستمر تلك الأعراض الجانبية في العادة قليلاً من الأشهر ثم تبدأ بالاختفاء تدريجيـــاً. وهنـــاك أيضـــاً احتمال النزف من الرحم ويحدث عند حوالي ٣٠% مـــن النســـاء وبصورة غير متوقعة في العادة. أما إذا كان الاستروجين مصحوبـــاً بالبروجستيرون فإنه يسبب بالإضافة إلى الصداع والانتفاخ بعضـــاً

من تعكر المزاج وأحياناً الاكتئاب، وتزداد تلك الأعراض مع قوة الجرعة. كما أن النزيف غير المتوقع يحدث في حوالي ٣٥% من النساء في خلال الستة أو الثمانية أشهر الأولى من العلاج، ويكون في الغالب خفيفاً ومؤقتاً. كذلك من المهم أن نذكر أن للبروجستيرون محذوراً آخر وهو احتمال الإصابة بتجلط الأوردة في الساق والفخذ.

علاج الاكتئاب في سن انقطاع الخصوبة:

قبل أن ندخل في صلب الموضوع، علينا أن نتذكر أن الاكتئاب ليس بالضرورة حقيقة مصاحبة لسن انقطاع الخصوبة. فكثير من النساء في هذا السن لا يعانين من الاكتئاب، ولكن الاكتئاب أحد الأمراض المنتشرة في أي مجتمع وبين الناس، و سن انقطاع الخصوبة قد يكون أحد العوامل التي تسبب الاكتئاب. على أي حال فإن علاج الاكتئاب في هذا السن يتطلب أسلوباً خاصاً في تقييم الحالة وعلاجها.

ويجب أولاً أن نأخذ تاريخ العادة الشهرية وهل كانت منتظمة أم كانت مصاحبة لكثير من الآلام والاضطرابات النفسية أو العصبية أو اعتلالات المزاج. ومن ثم نعرف ما إذا كانت هناك أعراض تدل على النشاط الحركي للأوعية الدموية التي تسبب موجات الحر وما يصاحبها من أعراض ذكرناها سابقًا. كذلك يجب ألا ننسى النشاط والرغبة الجنسية عند الزوجة أو الزوج. إن اضطراب النوم والأرق هو أحد أعراض الاكتئاب، ولكنه في هذا السن قد لا تكون له علاقة مباشرة بالاكتئاب، ففي بعض الأحيان تأتي موجات الحر والعرق في الليل وأثناء النوم، فتقلق النوم دون أن تعرق المرأة التي تعاني من موجات الحر. أي أنه في بعض الأحيان تأتي موجات الحر في الليل فقط، ومن دون أن تكون المرأة على وعي بها، وكل ما تحس به هو القلق والأرق والكوابيس والأحلام المزعجة واضطراب النوم بصورة عامة. قد يتعرف

الطبيب على وجود موجات الحر أثناء الليل بسؤاله عما إذا كان الفراش أو قمصان النوم مبللة أثناء الليل لسبب غير واضح بالنسبة للمرأة.

وأول خطوة يتخذها الطبيب هنا هي أن يقيم الحالة العضوية وخاصة حالة الغدد الصماء النسائية والهرمونات التي تفرزها. وكما قلنا من قبل يجب أن يقاس مستوى هرمون الإستراديول (الذي هو ذاته الاستروجين على الشكل الذي يفرزه الجسم)، وهرمون الـ "F.S.H" خلال الأيام الثلاثة الأولى للدورة. والمتوقع هنا كما أسلفنا أن يكون مستوى الإستراديول (الاستروجين) منخفضًا ومستوى الـ "F.S.H" مرتفعًا، وهذا يعنى أن المبيض بدأ في التعب و التدهور الوظيفي التدريجي. كما يجب أن يقاس نشاط الغدة الدرقية، وهي لا علاقة لها بسن انقطاع الخصوبة ولكن نشاطها قد يقل في بعض الأحيان في سن بعد الأربعين، وهذا يسبب الاكتئاب بالإضافة إلى أعراض كسل الغدة الدرقية الأخرى التي لا مجال هنا لشرحها لخروجها عن نطاق بحثنا. المهم أن علاج كسل الغدة الدرقية إذا كان سبباً في ظهور أعراض الاكتئاب يكون كافياً لعلاج الاكتئاب ككل دون الرجوع إلى العلاج النفسي أو مضادات الاكتئاب. كذلك على الطبيب أن يجري فحوصات عامة للتأكد من عدم وجود أمراض مزمنة مثل : أمراض القلب والشرايين أو السكر أو المفاصل أو الأورام أو غيرها.

وإذا كانت المرأة المعنية تعاني من اضطراب بسيط في المزاج، مثل بعض العصبية أو الاكتئاب البسيط أو القلق أو صعوبة التركيز دون أن تكون هناك أعراض واضحة لاكتئاب مرضي، عندئذ لا داعي للتسرع وإعطاء العلاج النفسي أو مضادات الاكتئاب. فقد يكفي في هذه الحالة تعويض المرأة عما فقدته من هرمون الأستروجين. وهنا يعطى ذلك الهرمون على الشكل أو الأشكال التي قلناها سابقاً في هذا الفصل، ثم ننتظر لمدة أسبوعين فإذا لم

تذهب الأعراض نهائياً فعلينا أن نفكر جدياً في وصف العلاج النفسي أو مضادات الاكتئاب في جرعات مماثلة لعلاج أي حالة من حالات الاكتئاب.

أما إذا كانت المرأة تشكو من أعراض واضحة للاكتئاب تماثل الخصائص المنصوص عليها في لوائح التشخيص العالمية والتي تسمى "الاكتئاب الكبير (Major Depression) "، فإن العلاج بمضادات الاكتئاب وجلسات العلاج النفسي قد تكون في محلها من البداية دون اللجوء إلى العلاج بالهرمونات. وعلينا أن نتذكر بأن علاج موجات الحر وما يرافقها من أعراض لا يمكن أن يكون بمضادات الاكتئاب حتى لو كانت المرأة معرضة لاكتئاب حقيقي مرضي أو اكتئاب كبير. عندئذ يجب أن تعالج المرأة بأن تعطى ما يعوضها عما فقدته من هرمون الاستروجين بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب أو العلاجات النفسية الأخرى. أي أنه لا يمكن علاج موجات الحر من دون تعويض الهرمونات المفقودة.

وأخيراً، فلا يمكن أن يكتمل هذا الموضوع دون التأكيد على أهمية المشكلات والكرب المتعلقة بالحياة الأسرية والاجتماعية. والمرأة في هذا السن تكون في مرحلة حافلة بكثير من التغيرات الحياتية، فأبناؤها على الغالب قد استقلوا بحياتهم، وقد يكون زوجها مريضاً أو يمر بمشكلات جنسية، وقد تكون مرتبطة بتمريض ورعاية أب أو أم عاجزين. أي أن المرأة هنا تقوم بدور مقلوب، فقد كان الزوج يرعاها عندما كانت صغيرة والآن قد يحتاج هو إلى رعايتها، كذلك عليها العناية بوالديها العاجزين بعد أن كانت هي المعتنى بها. أما مشكلات أبنائها وعائلاتهم قد كبرت معهم وهي ملجؤهم. ودور الأمراض المزمنة مر ذكره. ولا ننسى احتمال المشكلات المادية والاقتصادية. كل ذلك يجب أن يكون محط اهتمام الطبيب المعالج، الذي عليه أن ينظر إلى النفس الإنسانية من كل نواحيها العضوية وغيرها.

الفصل الخامس

الاضطرابات النفسية الرئيسة
وعلاجها في المرأة

في هذا الفصل سوف نتناول مختلف الاضطرابات النفسية الرئيسة من وجهة النظر التي تعنى بعامل النوع، أي نوع المريض كذكر أو أنثى، وكيفية تشكيل المرض النفسي في كلا النوعين. وسوف نركز على ما يحدث عند المرأة لأن ذلك هو محور بحثنا. وبما أن هناك أكثر من مائة نوع وتصنيف للاضطرابات النفسية، فسوف نتناول الاضطرابات النفسية الرئيسة.

الفصام عند المرأة:

مرض الفصام من أكثر الأمراض انتشارا في العالم، وهذا التعميم يشمل الأمراض النفسية وغيرها من الأمراض فهو يصيب ما يقارب الواحد بالمائة من الناس. ونسبته بين مجتمعات العالم ثابتة أي ليس هناك مجتمع في العالم لا يعاني أفراده من هذا المرض بنفس النسبة. ومن المعروف أيضا أن نسبة الفصام متساوية تقريبا في الذكور والإناث، ولأول وهلة كما يتراءى حتى للأطباء النفسيين فإن الفروق في ظاهر المرض وعلاجه متساوية بين النوعين، إلا أن الأبحاث العلمية الأخيرة أظهرت كثيرا من الفروق التي تشمل ما يمكن أن يكون أحد عوامل المرض، أو مظاهر وأعراض المرض، أو العلاج نفسه.

وعلى الرغم من أن نسبة المرض كما قلنا متساوية في النوعين (الذكور والإناث)، إلا أن بداية المرض في عمر معين مختلفة بعض الشيء. فبداية المرض تظهر في الغالب عند الذكور في مرحلة مبكرة مقارنة بالإناث، فبينما يظهر مرض الفصام في عمر المراهقة في الغالب أي بين عمر ١٥ إلى عمر ٢٤ سنة، فإنه يغلب أن يظهر بين عمر ال ٢٠ إلى ٣٠ في النساء. كذلك من النادر جدا أن يظهر المرض عند الذكور في عمر الأربعين أو بعده، بينما في حوالي ١٥% من الإناث تظهر بدايات المرض في مبتدأ أو أواسط الأربعينيات من عمر المرأة.

وقبل ظهور أعراض مرض الفصام، فمن الممكن في كثير من الأحيان تمييز صفات معينة يتصف بها الطفل أو المراهق الصغير الذي كتب له أن يصاب بهذا المرض فيما بعد. تسمى هذه السمات ب"الشخصية قبل المرضية" (Premorbid Personality)، ويجب أن نتذكر أننا نتكلم عن فترة من العمر تسبق سن ١٨ سنة في الغالب، وهي شخصية منعزلة ولها اهتمامات خاصة بها، فحياتها الاجتماعية قليلة ويكون الطفل فيها قليل اللعب مع أقرانه وله أفكار تحمل بعض الغرابة لكنها لا تصل إلى حد وصفها بأنها مرضية. ومن المهم هنا أن نتذكر إن "الشخصية قبل المرضية" لا توجد في كل المصابين أو الذين سيصابون بالفصام، ومن المهم أكثر أن نؤكد أن هذه الشخصية لا توجد أو قلما توجد في الإناث الذين سيصابون بالفصام، أي أنها أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث.

كما أن الإناث الفصاميات أقل تعرضاً من الذكور لما يسمى بالأعراض السالبة للفصام، التي يكون فيها المريض منكمشاً على نفسه، فاقداً للهمة والنشاط، قليل الرغبة في فعل أي شيء سواء أكان ذلك للتسلية أم لعمل يكسب فيه رزقه، أما الأعراض الموجبة فإنها تتصف بوجود أفكار وضلالات وهمية وشكوك أحياناً، وأحياناً وجود الهلاوس السمعية والمرئية وغيرها. إن الأعراض السالبة أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث، فالإناث الفصاميات في العادة يعانين من الأعراض العاطفية أو الوجدانية (Affective Symptoms) من المرض، كما أن نسبة انتشار الأعراض الموجبة بين الإناث أكثر منها بين الذكور. نقول ذلك ونتحفظ بعض الشيء لأن النساء قد يصبن بالأعراض السالبة وقد لا يظهرن المظاهر الوجدانية للمرض أحياناً، ولكننا هنا نتكلم عن نسبة الانتشار بين النوعين.

هناك فرق مهم بين النوعين فيما يتعلق بالعوامل البايولوجية والعضوية للمرض. فقد وجدت البحوث الطبية الأخيرة أن هناك نسبة أكثر بين الذكور ممن توجد عندهم تغيرات غير طبيعية في بناء المخ. فمثلاً، اتضح أن اتساع بطينات المخ التي رؤيت في الأشعة الطبقية، وكذلك صغر حجم عضو الهبوكامبوس في المخ عند المرضى الفصاميين توجد بنسبة أكثر في الرجال الفصاميين منها في النساء الفصاميات. وهذا قد يعنى وجود المرض كنتيجة رضوض مخية أثناء الولادة، أو في السنوات المبكرة للطفل، أو كنتيجة للإصابات بالالتهابات الفيروسية، يكون أكثر احتمالاً في الذكور عن الإناث.

وأخيراً هناك العوامل الوراثية لمرض الفصام كما يعرفها الكثيرون، وهي أيضاً مختلفة في الذكور عن الإناث. فقد وجد أن العوامل الوراثية كسبب في المرض أكثر في النساء عن الرجال. وهذا يلاحظ في كثرة وجود مرضى فصاميين من أقرباء النساء الفصاميات عن الرجال الفصاميين. فإذا أضفنا هذه المعلومة إلى ما قبلها من وجود التغيرات البنائية غير الطبيعية نتيجة العوامل المحيطة من رضوض أو التهابات، فإننا نستنتج أن الفصام في الإناث يكون أكثر احتمالاً نتيجة للعوامل الوراثية بينما يكون الفصام في الذكور أكثر احتمالاً نتيجة للعوامل الطبيعية المحيطة الأخرى.

الفروق الجنسية في مرض الفصام:

تتسم مظاهر الفصام في المرأة بكونها:

(١) أقل احتمالاً لوجود تغيرات في التركيب البنائي للمخ.

(٢) أكثر احتمالاً لوجود أقارب بنفس المرض.

(٣) ابتداء المرض في سن متأخرة نسبياً.

(٤) أقل احتمالاً لوجود أمراض نفسية أخرى في الشخص نفسه وخصوصاً إدمان المخدرات.

(٥) أقل احتمالا لارتكاب قتل النفس (الانتحار) الذي تزيد نسبته في الفصاميين.

(٦) وجود الأعراض الموجبة أكثر من السالبة.

(٧) الميل إلى ظهور الأعراض الوجدانية.

(٨) جرعات علاجية أقل في علاج المرض.

(٩) التأقلم الاجتماعي أحسن منه في المرأة عن الرجل.

ملاحظات خاصة في علاج الفصام عند المرأة :

أهم الملاحظات التي تتميز بها المرأة عن الرجل في علاج الفصام هو أن المرأة أكثر وأسرع استجابة للعلاج من الرجل. كما أن حاجتها إلى جرع العلاج الكبيرة أقل من الرجل، أي أنها تستجيب للعلاج أكثر من الرجل كما أنها تحتاج إلى جرعات من العلاج أقل مما يأخذه الرجل. أما سبب ذلك فقد يكون ناجما عن وجود الهرمون الأنثوي "الاستروجين". وهو هرمون يفرزه كما ذكرنا من قبل المبيض وذلك نتيجة تحفز المريض لهرمون آخر يفرز من قبل الغدة النخامية. إن هرمون الاستروجين من أكبر نعم الله على المرأة فهو الهرمون الذي يحميها من أمراض القلب والشرايين ومن وهن العظام، كما أنه قد يحسن بعض الشيء من المزاج المتعكر. ولهذا فإن الملاحظ أن المرأة في مرحلة معينة من الدورة الشهرية تكون في حالة نفسية متوترة، وليس من غير المتوقع أن تكون الفترة المرافقة للتوتر متزامنة مع انخفاض مستوى الاستروجين في الدم نتيجة تباطؤ إفراز ذلك الهرمون من المبيض. ولقد وجد أيضا أن هذا الهرمون له مفعول مضاد لمادة "الدوبامين"، ومن المعروف أن المفعول العلاجي للأدوية التي توصف لمرضى الفصام التي تسمى ب"مضادات الذهان (Antipsychotics drugs) "، يعزى لمفعولها المضاد لمادة الدوبامين تلك. ومن هنا نرى أن المرأة المصابة بالفصام تعاني من

تغيرات نفسية عميقة عندما تمر بالدورة الشهرية، فمنهن من تسوء حالتهن وتشتد أعراض المرض عليهن في تلك الفترة. إن الظواهر العلمية تشير إلى أن تناقص إفراز هرمون الاستروجين خلال الدورة الشهرية هو سبب هذا التدهور في الحالة النفسية.

وعلينا أن نتذكر أن العلاج بالأدوية التقليدية التي تسمى "مضادات الذهان التقليدية (Typical Anti Psychotics or neuroleptics)" لها مفعول مباشر على هرمون مهم في الغدة النخامية، كما أنّ الغدة النخامية لها تأثير مباشر على معظم الغدد الأخرى في الجسم. ذلك الهرمون هو "البرولاكتين" ويسمى أيضاً "هرمون الحليب" لأن إفرازه يسبب إدرار الحليب في ثدي المرأة بعد الولادة. المشكلة هنا أن كل أنواع الأدوية التقليدية من مضادات الذهان تحفز الغدة النخامية لإفراز كميات كبيرة وأحياناً غير طبيعية من هرمون البرولاكتين. ومن شأن هذا الهرمون أن يؤثر مباشرة على الاستروجين ويقلل من مستواه في الدم أحياناً إلى درجات خطيرة. إن المستوى الطبيعي لهرمون البرولاكتين في الدم يتراوح من٥ إلى ٢٥ نانوجرام، ولكن مع العلاج بمضادات الذهان التقليدية قد يرتفع مستوى هذا الهرمون إلى ١ نانوجرام، وهذا مستوى عال إذا علمنا أن مستوى لا يزيد عن ٦٠ نانوجرام قد يسبب انخفاضاً في مستوى الاستروجين إلى درجة تضطرب معها دورة الحيض الشهرية الطبيعية.

إن اضطراب الدورة الشهرية من أكثر الأعراض ملاحظة عند المرأة المصابة بالفصام. وسبب ذلك الاضطراب في الغالب هو الأعراض الجانبية التي تسببها مضادات الذهان التقليدية. وتتراوح تلك الاضطرابات من شكلها البسيط الذي يتمثل في بعض التغيرات في كمية دم الحيض أو اختلاف أيام المحيض، إلى انعدام الدورة بصورة نهائية. وسبب ذلك ارتفاع في هرمون

الحليب (البرولاكتين) الذي يسبب بدوره انخفاضاً في مستوى الاستروجين ومن ثم يؤدي إلى التغيرات الدورية. وزيادة هرمون الحليب قد يسبب إفراز الحليب حتى عندما تكون المريضة غير نفساء، ومن الممكن أن يفرز الحليب لنفس السبب حتى عند المرأة العذراء التي لم تتزوج بعد.

ويجب علينا هنا أن نتذكر أن انقطاع الدورة الشهرية واضطراباتها بصورة عامة لها أسباب أخرى غير العلاج بمضادات الذهان التقليدية، فقد تتسبب أمراض كسل الغدة الدرقية مثلاً في ذلك، وأحياناً أوراماً أو اضطرابات في الغدة النخامية نفسها. كما أن الدورة يمكن أن تنقطع لأسباب أخرى مثل الحمل والنفاس والرضاعة وأحياناً الريجيم القاسي للتخسيس أو بسبب استعمال حبوب منع الحمل. وعلى الطبيب والطبيبة بطبيعة الحال أن يتأكدا من أن اضطراب الدورة في المريضة الفصامية متأت من الأعراض الجانبية للعلاج، وفي بعض الأحيان قد يتطلب ذلك الفحوصات والتحاليل الطبية المعقدة مثل الأشعة المغناطيسية للرأس للتأكد من عدم وجود ورم في الغدة النخامية مثلاً.

وعندما يتيقن الطبيب أن انقطاع أو اضطراب الدورة بسبب العلاج نفسه فهناك أكثر من طريقة لعلاج تلك الحالة. الطريقة الأولى هي محاولة تخفيض الجرعة إلى أقصى حد ممكن دون أن ترجع أعراض الفصام. وفي كثير من الأحيان تكون المريضة متقبلة لاضطرابات الدورة حتى تتفادى النكوس في المرض فأعراض الفصام مؤلمة للمريضة وأهلها أكثر من اضطرابات الدورة، وقد تقبل المريضة مكرهة ذلك لتفادي ما هو أشر منه. وإذا كان الطبيب متمكناً من علمه الطبي ومهارته فإنه قد يستعمل مادة "البروموكربتين" في العلاج. الذي يخفض إفراز هرمون الحليب وبالتالي قد يعطل مفعوله الضار في تخفيض الأستروجين الذي يتسبب انخفاض مستواه في الدم في اضطراب

الدورة الشهرية مع التأثيرات غير المباشرة الأخرى على العظام والقلب والشرايين. إن جرعة من عقار البروموكربتين تتراوح بين ٢,٥ ملجم إلى ٧,٥ ملجم مرتين في اليوم تعد جرعة سليمة. حيث إن عقار البروموكربتين يسبب أعراضاً شبيهة بالفصام، بل إنه قد يسيء إلى حالة الفصام تلك، ولكن جرعة صغيرة مثل التي ذكرناها من غير المحتمل أن تؤدي إلى تلك النتيجة غير المرغوبة وفي الوقت نفسه قد تعمل بطريقة غير مباشرة على تنظيم الدورة. ومن الممكن كذلك استعمال حبوب منع الحمل كطريقة لتنظيم الدورة. ولكن في بعض الأحيان يستمر هرمون الحليب في الارتفاع على الرغم من كل المحاولات وعندئذ يفضل أن يستشار طبيب أو طبيبة الأمراض النسائية أو مختص في الغدد و الهرمونات لعلاج الحالة.

في السنوات الأخيرة ظهرت على الساحة الطبية عقاقير معالجة للفصام وهي فعالة كمضادات الذهان، ولكنها ذات فائدة أو فوائد كبيرة عن مضادات الذهان التقليدية، حتى إنها قد سميت بمضادات الذهان غير التقليدية. تلك الأدوية الجديدة أسلم، وأحسَن وأقوى فعالية من الأدوية التقليدية، لأن تأثيرها على هرمون الحليب قليل جداً بل إن عقار الكلوزبين مثلاً لا يؤثر إطلاقاً على هرمون الحليب. هذه الأدوية الحديثة نموذجية في مفعولها العلاجي العالي الذي لا يمكن لأي من مضادات الذهان التقليدية أن يصله. وهي من النادر أن تؤثر بصورة سلبية على الدورة الشهرية للمرأة ولا يحتمل أن يكون لها أي تأثير سلبي على هرمون الاستروجين المهم. من أمثال تلك الأدوية غير التقليدية نذكر ما هو متوافر في بعض البلدان العربية، مثل الكلوزبين، والأولانزبين، والسيرتندول والرسبردول، وهناك السيراكويل الذي لا يوجد في أي بلد عربي حتى وقت كتابة هذا الفصل ..

يبقى التساؤل هنا لماذا لا تستعمل الأدوية الحديثة، بصورة دائمة وبذلك نتخلص من معظم الأعراض الجانبية ـ الضارة ـ لمضادات الذهان التقليدية؟ الجواب في الحقيقة بسيط ومؤلم في الوقت نفسه، وهو الثمن الباهظ لها. إن تلك الأدوية غالية بحيث إنه حتى في أكثر الدول العربية رفاهية من الناحية الاقتصادية أمثال دول الخليج العربي لازال أكثر من ٩٠% من المرضى الفصاميين يتناولون الأدوية التقليدية القديمة. ونرجو أن نرى ذلك قد تغير في يوم من الأيام .

الاكتئاب عند المرأة:

اتفقت الأبحاث الميدانية مع الملاحظات العامة على أن الاكتئاب عند المرأة أكثر انتشاراً عنه عند الرجل. وبما أنه لا توجد دراسات موثقة في المجتمعات العربية، فإننا نجد أنفسنا مضطرين إلى أن نرجع إلى دراسات أجنبية بغرض التعمق في فهم المرض. في السبعينيات من القرن العشرين أجرت دراسة مسحًا ميدانيًا كبيرًا في مناطق من المجتمع الأمريكي، فوجد أن نسبة الاكتئاب عند النساء تعادل ما يقارب الضعف عنها في الرجال، بنسبة ١:٢. وفي الوقت نفسه وجد أن نسبة كبيرة من الناس العاديين الذين لم يذهبوا إلى طبيب نفسي في حياتهم يعانون من اكتئاب شديد يستلزم العلاج، فقد تبين أن احتمال الإصابة بالاكتئاب بالنسبة للمرأة طوال حياتها تصل إلى أكثر من ١٠% من النساء. أما الرجال فإن احتمال إصابتهم بالاكتئاب تزيد عن ٥% بقليل.

وأجريت الدراسة نفسها في أوائل التسعينيات من القرن العشرين، أي بعد حوالي عشر سنوات، وفي المجتمع الأمريكي أيضاً. ولكنها استعملت أساليب أدق في التقييم وتشخيص الاكتئاب، فوجد أن احتمال الإصابة بالاكتئاب عند

المرأة أكثر من ٢٠%، أما احتمال الاكتئاب عند الرجل فحوالي ١٣%، وهذه نسبة مضاعفة عنها في الدراسة السابقة. أما مدى انتشار الاكتئاب في النساء مقارنة بالرجال فلم تتغير في الدراسة الحديثة عما كانت عليه في دراسة السبعينيات، أي حوالي ٢:١.

إن الاكتئاب عند الأطفال نادر بعض الشيء، ولكن في الحالات القليلة التي يتعرض فيها الطفل للاكتئاب، فإنه على الغالب يكون ولدا ذكرا وليس بنتا. أي أن نسبة حدوث الاكتئاب عند الأطفال تكون أكثر انتشارا بين الذكور عنها بين الإناث. أما عندما يبدأ سن البلوغ ويدخل إلى المراهقة الأولى تبدأ النسبة بصورة عكسية، وهذه الملاحظة ثابتة في جميع مجتمعات العالم وفي مختلف المجتمعات.

وهناك نوع من الاكتئاب يسمى الاكتئاب غير النموذجي (Atypical Depression)، يتصف بصفات خاصة منها على وجه الخصوص: التقلب في المزاج الشديد بين الاكتئاب والميل إلى الفكاهة والمداعبة وتصنع المرح. كذلك يتصف أيضا بكثرة النوم أحيانا وانفتاح الشهية بدلا من انعدامها كما هو الحال في أكثر حالات الاكتئاب العادية. كما يتصف الاكتئاب غير النموذجي بالحساسية الشديدة للنقد أو عدم القبول من الآخرين. وفي هذا النوع من الاكتئاب تكون نسبة النساء إلى الرجال عالية جدا تصل إلى أكثر من ٤:١.

بقى أن نذكر ملاحظة شديدة الأهمية، وهي أنه على الرغم مما قلناه من كثرة الاكتئاب عند المرأة إلا أن الرجل في موقف لا يحسد عليه. فالمجتمع يتوقع منه ويفرض عليه القوة والشجاعة والصلابة والقيادة في داخل البيت وخارجه. ولكن الواقع لا يسند رأي المجتمع، فالرجل في الواقع من ناحية الطبيعة البايولوجية و قوة التحمل ليس أقوى من المرأة إن لم يكن أضعف

منها. ولكن مع ذلك يسمح المجتمع للمرأة أن تبكي ولا يسمح بذلك للرجل ويسمح للمرأة أن تشكو أو تخاف ولا يسمح بذلك للرجل. لأن إظهار تلك الأنواع من المشاعر تعد عيبا في الرجل لأنه مظهر من مظاهر الضعف ولكنه ليس كذلك في المرأة. كذلك نرى أن المرأة تصاب بأمراض أقل خطورة عادة من الرجل. فمن الناحية النفسية مثلا نجد أن المرأة تكون أكثر عرضة للاكتئاب، ولكن الرجل أكثر عرضة للاكتئاب الحاد والشديد، وقد تحاول بعض النساء التخلص من النفس (الانتحار) ولكن واقع الحال يقول: إن عدد الرجال الذين يموتون فعلا في محاولة التخلص من النفس (الانتحار) ضعف عدد النساء. وفي كل مجتمعات العالم تعيش النساء عمرا ـ بمشيئة الله ـ أطول من عمر الرجل في المعدل. وجهاز المناعة عند المرأة أقوى منه عند الرجل. بل حتى الدماغ والخلايا العصبية تكون وظيفتها عند المرأة منتشرة في مناطق عديدة من المخ عنها في الرجل ولذلك إذا أصيب الرجل بشلل أو تلف ما في الدماغ فإنه يعطل جزءا أكبر من وظائف الدماغ فيما لو أصاب التلف نفسه دماغ المرأة.

ملاحظات عامة في علاج الاكتئاب عند المرأة:

علاج الاكتئاب عند المرأة لا يختلف كثيرا عما هو عند الرجل، ونحن هنا نتكلم بالتحديد عن حالات الاكتئاب التي تسمى علميا "الاكتئاب الكبير"، وهي في الحقيقة أكثر أنواع الاكتئاب انتشارا بين الرجال والنساء. يتطلب عادة علاج هذا النوع من الاكتئاب استمرارية أخذ الدواء مدة طويلة تكون في الحالات الخفيفة حوالي الستة أشهر وقد تستمر حسب شدة الحالة إلى سنوات طويلة تزيد عن العشر أو العشرين سنة.

وهناك بعض الظروف الخاصة التي تمر بها المرأة يجب أخذها في الحسبان عند العلاج. ومن أهم تلك الظروف احتمال حدوث الحمل عند النساء

المتزوجات. والذي يحذر منه هو حدوث خطورة بعض مضادات الاكتئاب على الجنين، واحتمال التشوهات الخلقية. وإن معظم مضادات الاكتئاب لم يثبت لها أي مضار على الحمل، ولكن الأبحاث الطبية في هذا المجال محدودة وغالباً لا تتعدى التجارب على الحيوانات. والسبب في هذا يعود ببساطة إلى استحالة إجراء أي تجربة لدواء جديد على النساء الحوامل، فلا يمكن أن نسمح للمرأة الحامل أن تتطوع لمثل هذه التجربة ووضع جنينها في موضع خطير مهما كانت ضآلة نسبة الضرر. ولهذا فمن المهم أن ننصح النساء المتزوجات بأن يخططوا للحمل، أي أن يتناولوا حبوب منع الحمل أو أي وسيلة أخرى لمنع الحمل إلى أن يحين الوقت لحدوث الحمل وعندئذ تنصح المرأة بأن تتوقف عن تناول مضادات الاكتئاب إلى أن يتم حملها ويستمر الحمل مدة ثلاثة أشهر لأن تلك الأدوية تكون سليمة بالنسبة للجنين بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل. أما إذا لم تشأ المريضة أن تخطط للحمل وأرادت أن يحدث الحمل في أي وقت وبدون تحديد عدد الأولاد، عندئذ يكون القرار متوقفاً على أحد الاحتمالات التالية:

أولاً على شدة الاكتئاب، فإذا كانت الرغبة في الحمل غير المحدد قوية وكانت شدة الاكتئاب خفيفة نسبياً، فإن القرار يكون نابعاً من المريضة نفسها فهي التي تقيم شدة الحالة التي تمر بها، فقد يحاول الطبيب أن يوقف العلاج بصورة نهائية و يستمر بتتبع المريضة وتقييم حالتها.

ثانياً، إذا كانت الحالة الاكتئابية شديدة بعض الشيء، ولم يكن في الإمكان أن يتوقف العلاج حتى لا تنتكس المريضة، فقد يختار الطبيب الاستمرار في العلاج فإذا افتقدت المريضة العادة الشهرية أجري الطبيب فحص الحمل مباشرة، فإذا تحقق حدوث الحمل، يتوقف العلاج لفترة قد لا تزيد عن ثلاثة أشهر، وهي فترة محتملة في الغالب. وإذا كان سبب توقف العادة الشهرية هو الحمل فإنه في المتوسط يكون قد مر أسبوعان على

الحمل قبل أن تعرف المرأة أنها حامل. المهم هنا أن الضرر المحتمل على الجنين خلال الأسبوعين احتماله ضئيل ويمكن التغاضي عنه، أي بعبارة أخرى إن خطورة الأدوية على الجنين تكون ذات أهمية تذكر في فترة الحمل التي تبدأ بعد أسبوعين وتستمر إلى نهاية الشهر الثالث.

ثالثاً، في الحالات الشديدة ، وعندما تكون حدة الاكتئاب لا يمكن تحملها بدون علاج، حتى ولو كان انقطاع العلاج لفترة ثلاث أشهر، عندئذ قد يختار الطبيب إحدى مضادات الاكتئاب التي كانت ولا زالت موجودة منذ أكثر من ثلاثين عاماً. وتتميز هذه الأدوية بأنها مجربة وفعالة، وهي لطول التجربة فيها أصبحت من ناحية تأثيرها على الجنين أكثر أمناً وسلامة من الأدوية الجديدة. ونذكر من تلك الأدوية على سبيل المثال: "أميتربتالين" و"أمبرامين"و"توربرامين" و"تورترتبتالين". وهي كلها من مجموعة العقارات المسماة "بثلاثية الحلقات"، ونذكر هنا أن عقار "الكلورمبرامين" على الرغم من أنه يتكون من مجموعة الثلاث حلقات، إلا أنه قد يتسبب في حالة تناوله بجرعات عالية في حالات من الصرع، ولذلك يكون من الحكمة أن يتفادى تناوله أثناء الحمل لجهلنا بما قد يسببه في الجهاز العصبي للجنين.

وهناك بعض النساء المصابات بالاكتئاب، يعانين كما قلنا من تدهور في حالتهن النفسية في الفترة التي تسبق الحيض مباشرة. وهن في العادة من النساء اللاتي تتعكر أمزجتهن في تلك الفترة حتى قبل إصابتهن بمرض الاكتئاب. ويستحسن في تلك الظروف أن تتعرف المريضة على أيام العادة الشهرية والأيام التي تسبقها حتى يخطط الطبيب لإعطائها جرعات إضافية في الأيام العشرة أو السبعة التي تسبق الدورة.

ولسبب ما وجد أن النساء أكثر تعرضاً لما يسمى "بالاكتئاب الموسمي". وهو نوع من الاكتئاب قد يظهر فحسب في موسم معين، يكون في الغالب موسم الشتاء. ويعالج هذا النوع بالتعرض إلى ضوء عال في فترة الصباح

عادة لمدة ساعتين أو أكثر، ولكن هذا النوع من العلاج غير شـائع أو غـير متوافر في المجتمعات العربية. ومن الممكن أن يعـالج الاكتئـاب الموسـمي بمضادات الاكتئاب في فترات الموسم الذي يشتد أو يظهر فيه المرض.

وهناك ملاحظة تعني المتخصصين أكثر ولكنها كذلـك مهمـة لـذوي الاهتمام، وهي أن معظم مضادات الاكتئاب القديمة والحديثة ذات فوائد كثـيرة لا مجال للخوض فيها هنا. فمن شأن نشاط السروتونين في المخ أن يقلل مـن فعالية الدوبامين، وهذا بحد ذاته لا خطورة فيه، وقد يكون ذا منافع إضافيـة. ولكن الذي قد يحدث، وذلك نادرا ما يكون انخفاض فعالية الدوبامين سببا فـي زيادة نشاط هرمون الحليب (البرولاكتين) وهذا بدوره سوف يسـبب بعـض الأعراض الجانبية الإضافية عند المرأة. منها اضطرابات الـدورة الشـهرية وأحيانا انقطاعها، وآلاما في الثدي وأحيانا إدرار في الحليب حتى عند البنـت العذراء.

وهناك من النساء من يصبن بتعكر في المزاج وحدة في الطبـع عندمـا يتناولن حبوب منع الحمل الحديث عن هذا الموضوع في موضع آخر من هـذا الكتاب. الذي يهمنا هنا أن المرأة التي كانت لا تستطيع أن تتحمل البقاء علـى تناول حبوب منع الحمل بسبب الأعراض المزاجية، تكون معرضة للاكتئـاب عندما تقترب من سن انقطاع الخصوبة. ومن هنا فمن المهم أن نتوقع حـدوث ذلك ومعالجته في الوقت المناسب.

وأخيرا علينا أن لا ننسى حالات الاكتئاب التي تحدث بعد الولادة، والتي تبدأ في الأشهر الحرجة الستة بعد الولادة. فإذا حدث أن أصيبت امرأة بحالـة "اكتئاب بعد الولادة"، فإن احتمال حدوث الحالة نفسها مـرة ثانيـة فـي ولادة أخرى وارد جدا، لذا ننصح بأن تبدأ النفساء التي سبق وأن تعرضـت لتلـك الحالة بتناول علاجات مضادات الاكتئاب بعد الولادة بمدة وجيزة حتى تمنـع

حالة الاكتئاب من الظهور، وقد لا تستمر على العلاج بمدة تزيد عن الثلاثـــة إلى ستة أشهر.

الهوس الاكتئابي عند المرأة:

يسمى الهوى الاكتئابي أيضا وهي التسمية الحديثة ب"الاضطـــراب ذى القطبين"، ويقصد بالقطبين كما هو واضح الفرق الشاســع والمتعــاكس بيــن الاكتئاب والهوس. فالهوس هو بالضبط عكس الاكتئاب. ونحن نختـــار اســم الهوس الاكتئابي لأنه أكثر شيوعا، ولأنه يعبر عن الحالة بدقة أكثر و مفــهوم لدى الناس.

ومن الثابت أن انتشار الهوس الاكتئابي بين النساء بنفس نسبة انتشـــاره بين الرجال. أي أن احتمال وجود المرض بين النساء هو نفس احتمال وجــوده بين الرجال. إلا أن هناك فروقا واضحة بين النوعيــن (الرجــال والنســاء) المصابين بهذا المرض من حيث سير المرض في حيـــاة المريــض وشـدته وكذلك من ناحية استجابته للعلاج والأعراض الجانبية والاختلاطات المتوقعــة من العلاج أو المرض نفسه.

أولا: كما هو ظاهر من اسم المرض، فإنه يتميز بنوبات من الاكتئـــاب أو من الهوس قد تستمر أياما أو أسابيع ونادرا لمدة أشهر (هذا في حالة عـــدم وجود العلاج)، يأتي بعدها فترة قد يكون المريض طبيعيا وفائق العقل، لكنـــه يبدأ بنوبة أخرى من الاكتئاب أو الهوس، ومن ثم يفيق لمدة غـــير محـــدودة ومتفاوتة لتعود دورة المرض من جديد وهكذا. تتميز المرأة المريضة بالـهوس الاكتئابي باحتمال إصابتها بنوبات الاكتئاب أشد من الرجــل، ولكــن الرجــل سوف يعانى من نوبات الهوس بصورة أشد وأسوأ من المرأة.

ثانيا: هناك نوع من الهوس الاكتئابي يتميز بسرعة التقلب بين الهوس و الاكتئاب، وتصل حدة التقلبات إلى أكثر من أربع مرات في السنة وهيَ نسبة عالية جدا تزيد من صعوبة العلاج. وتسمى هذه الحالة ب"الدورات المتسارعة". التي تكون أكثر انتشارا بكثير بين النساء عن الرجال بنسبة ثلاثة أضعاف. ولا أحد يعرف لماذا تكون الدورات المتسارعة منتشرة إلى هذا الحد بين النساء ولكن هناك احتمال أن يكون ذلك ناتجا عن استعمال مضادات الاكتئاب التي تزيد من حدة التسارع، وبما أن المرأة تستعمل مضادات الاكتئاب بصورة أكثر لاشتداد الاكتئاب عندها كما قلنا، فإنها تكون معرضة إلى التقلب بين الاكتئاب والهوس أكثر من الرجل. وهناك من الدراسات ما تشير إلى أن أمراض الغدة الدرقية، وخصوصا انخفاض نشاط إفرازها، يؤثر بصورة غير مباشرة ويزيد من حدة الدورات المتسارعة، والمرأة كما هو معروف معرضة لأمراض الغدة الدرقية أكثر من الرجل، وقد يكون هذا سببا لوجود التسارع بين النساء بهذه الكثرة. لكن هذه النظرية لم تكسب كثيرا من التأييد خصوصا وأن العلاج بهرمون الثايروكسين الذي هو الهرمون الذي تفرزه الغدة الدرقية لا يؤثر كثيرا في التخفيف من حدة التسارع.

ثالثا: تنتشر في المرأة وبصورة أكثر منها عن الرجل حالة أخرى من حالات الهوس الاكتئابي، تتميز بوجود خليط بين الهوس و الاكتئاب في وقت واحد. وهي حالة تكون فيها المريضة في حالة هياج وفي حالة توحي بأنها سعيدة وعندها كمية عالية من الطاقة، وقد تضحك ضحكات هسترية، ولكنها في الوقت نفسه تكون في أقصى حالات التعاسة. ومن ثم تكون هذه الحالة أصعب علاجا وتتطلب مدة أطول مع حنكة وخبرة خاصة في علاج هذه الحالة التي تستخدم فيها العلاجات المسماة ب"معدلات المزاج"، مع خليط من مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان إذا تطلب الأمر.

بقى أن نذكر أن العادة الشهرية كما هي في كثير من الأمراض النسائية الأخرى من شأنها أن تزيد من شدة أعراض الاضطراب النفسي عند المرأة، ولكننا يجب ألا نخلط ذلك مع الظاهرة التي تسمى بالدورة التسارعية أو الدوران التسارعي. لقد تبين بعد الملاحظات الدقيقة أن الانتكاسات المرضية التي تصاحب الدورة الشهرية لا ترتبط بعلاقة بالدورات التسارعية التي تتميز أيضا بانتكاسات قد تكون شبيهة بتلك التي تمر بها المرأة في الدورة الشهرية ولكنها أشد من ناحية حدة المرض ومن شأنها أن تستمر مدة أطول .

ملاحظات عامة في علاج الهوس الاكتئابي عند المرأة:

في هذا المجال سنتطرق للاضطرابات النفسية الأخرى التي يجب التركيز عليها في علاج المرأة التي تتعرض للهوس الاكتئابي. ونفترض هنا أن القارئ أو القارئة إما له أو لها إلمام بعلاج المرض الذي هو قيد البحث، كأن يكون طبيبا أو أخصائيا نفسيا، أو أن يكون مركزا اهتمامه على نقط الخلاف في علاج المرأة عن الرجل. وعلى أية حال فإن مجال كتابنا هذا هو التركيز على الاضطرابات النفسية عند المرأة وطرق علاجها. ومن الممكن تلخيص النقاط المهمة في النقاش فيما يلي:

أولا: إن كثيرا من الأدوية التي تستعمل في العلاج لها تأثير على أدوية أخرى وهرمونات تتناولها المرأة في كثير من الأحيان. فمثلا عقار "الكاربوميزابين" والذي يسمى أيضا "التجريتول"، يؤثر على إنزيمات الكبد ويحفزها ويزيد من مفعولها الذي بدوره سوف يسرع من تكسير كثير من الأدوية منها الهرمونات الأنثوية. وهذا يعني ببساطة أن المرأة التي تتناول حبوب منع الحمل سوف تفقد تلك الحبوب كثيرا من مفعولها إذا كانت المرأة مصابة بالهوس الاكتئابي وتتناول الكارباميزابيم كعلاج.

وسوف ينطبق الأمر نفسه على المرأة في سن انقطاع الخصوبة التي تتناول الاستروجين لتعوض انخفاض الاستروجين الطبيعي في جسمها، وعندئذ سوف يخفض عقار الكاربوميزابين من مستوى هرمون الاستروجين وبالتالي يفقد مفعوله. ويمكن تفادي ذلك بمضاعفة جرعة الاستروجين أو حبوب منع الحمل.

ثانيا: من المعروف أن عقار اللثيوم، هو أكثر أنواع معدلات أو موازنات المزاج استعمالا في حالات الهوس الاكتئابي. ومن المعروف أيضا أن الليثيوم يؤدي في بعض الأحيان القليلة إلى كسل الغدة الدرقية، ولكن المهم في الأمر أن المرأة تكون أكثر عرضة لذلك الكسل، خصوصا إذا كانت في سن متقدمة بعض الشيء، ويزيد ذلك الاحتمال بعد سن الأربعين.

ثالثا: إن عقار "الفالبرووك أسد" ويسمى أيضا "الفالبرويات" أو "دبكيين"، الذي أصبح أكثر استعمالا من الليثيوم في علاج الهوس الاكتئابي، قد يسبب كعرض من أعراضه الجانبية في بعض الأحيان. اختلاطات واضطرابات في نظام الدورة الشهرية. ومن الممكن أن يحدث ذلك مع عقار الكاربامزابين.

رابعا: إذا كان تفادي بعض الأدوية المضادة للاكتئاب أثناء الحمل، من باب الاحتياط لعدم وجود الخبرة الكافية وعدم وجود ما يثبت سلامتها. مع العلم بعدم وجود ما يدل على خطورتها من ناحية أخرى. فإن العقارات المستعملة في الهوس الاكتئابي قد سببت فعلا تشوهات خلقية عند الجنين في حالات معروفة. ومن تلك التشوهات وجود ثقب في القلب أو تشوهات في تكوين الصمامات، وغيرها. وعقار الليثيوم من أكثر العقاقير إحداثا لمثل تلك الحالات، يتبعه الفالبروات، ثم الكاربوميزابين. إن عقار الكارباميزابين يستعمل كثيرا في علاج الصرع أيضا، وخبرة إخواننا أطباء الأعصاب تشير إلى أن عقار الكارباميزابين يقارب أن يكون سليما في الحمل وأن كثيرا من الحوامل

اللاتي يتعرضن للاضطراب أثناء الحمل مع تناول العلاج فإنه من المفضل استعمال الكاربامیزابين.

خامسا: يسبب عقار الفالرويات اضطرابات في تنظيم الدورة الشهرية، وهو يشبه عقاقير مضادات الذهان التقليدية التي سبق ذكرها. وتستعمل مضادات الذهان التقليدية في بعض الأحيان لعلاج الهوس في بدايته عندئذ كل ما ذكر عن تلك الأدوية في مجال علاج الفصام ينطبق على علاج الهوس أيضا.

سادسا: من المهم أن نذكر ظاهرة قد تكون غريبة لأول وهلة، ألا وهي أن الدورة الشهرية نفسها تؤثر في بعض الأحيان على العلاج (بالمقارنة مع الحقيقة المعروفة من أن العقاقير عادة هي التي تغير من طبيعة الدورة وليس العكس). ولعل بعض العلاجات مثل مضادات الاكتئاب يتغير مستواها في الدم وبالتالي مفعولها في أوقات مختلفة من الدورة الشهرية، ولهذا فإذا أراد الطبيب أن يقيس مستوى الدواء في الدم، فقد يكون من الحكمة أن تؤخذ عينات من الدم في أوقات متفاوتة من الدورة الشهرية لمعرفة مستوى الدواء في الدم بصورة دقيقة.

وأخيرا علينا أن نتذكر أن أكثر النساء عرضة للإصابة بالاكتئاب أو الذهان فيما بعد الولادة هن المتعرضات للهوس الاكتئابي. وهذا يعني أنه حتى في الحالات المستقرة على العلاج، إذا كانت المريضة حاملا و حان وقت الوضع، فإننا نكون حذرين بإضافة كميات علاجية لغرض حماية المرأة من انتكاسات بعد الولادة.

اضطرابات القلق عند المرأة:

إن اضطرابات القلق ــ بأنواعها ــ كثيرة ومتعددة. ولهذا سوف يكون هناك بعض الصعوبة عند الكلام عن اضطرابات القلق كموضوع قائم بذاته، لأن كل نوع من أنواع اضطرابات القلق له من الخصائص و الصفات ما

يميزه عن الآخر. ولكن لضيق المجال وحتى لا نرهق القارئ أو القارئة بالتفاصيل، فسوف نحاول جهدنا أن نتكلم عن اضطرابات القلق كمجموعة.

واضطرابات القلق تتكون على سبيل المثال لا الحصر من: القلق العام، والقلق الاجتماعي، الخوف واضطرابات الهلع بأنواعها، و اضطرابات الوسواس القهري بأنواعه. وهنا سوف نتطرق إلى أي منها حسب ما يتأتى به الظرف.

وعلى الرغم من المفهوم الشائع من أن الاكتئاب هو أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشارا بين الناس، إلا أن اضطرابات القلق أكثر انتشارا بنسبة بسيطة. وكثيرا ما يرافق القلق نوع من الاكتئاب، فإذا وضعنا ذلك في الحسبان نستطيع أن نقول: إن اضطرابات القلق هي أكثر الأمراض النفسية انتشارا بين الناس، وتصيب (حسب الإحصائيات الأمريكية) من واحد إلى اثنين من كل عشرة من الناس. ولسبب ما تكون المرأة أكثر عرضة لاضطرابات القلق، ومن ثم فإن نسبة القلق بين النساء أكثر منها بين الرجال. بل إن ما قلناه عن الاكتئاب الذي يرافق القلق يوجد بين النساء بصورة أكبر.

واضطرابات الهلع والخوف هي إحدى أنواع اضطرابات القلق التي تكون نسبتها عند المرأة مرة أو مرتين أكثر منها عند الرجل. أما القلق العام فإن نسبته الضعف عند النساء منه عند الرجال. وفي حالات الوسواس القهري فإن النسبة بين الرجال والنساء تكاد تكون متساوية. إلا أن المرأة من الممكن أن تصاب بالوسواس القهري في عمر أصغر متوسطه العشرين سنة بينما يكون متوسط عمر الرجل المصاب بالوسواس القهري أكثر من خمس وعشرين سنة عند بداية الحالة.

وهناك حالة لا تصنف عادة ضمن اضطرابات القلق، إلا أنها تتسم بنوع خاص من الوسواس والقهر، اللذين يتمركزان حول أسلوب الأكل والشهية

والتفكير الوسواسي في التخلص من الوزن الزائد. وتتصف هذه الحالة بأنـــها تصيب الفتيات في عمر المراهقة عادة ولكنها قد تبدأ في عمر أبكر من ذلــك وقبل سن البلوغ، وكذلك قد تبدأ في سن العشرين، ولكن ذلك نــادرا وتســمى هذه الحالة "فقدان الشهية العصــابي"، وتصنــف عــادة كنــوع مــن أنــواع "اضطرابات الأكل والشهية"، ولكنها في العــادة تكــون مركبــة مــن القلــق والاكتئاب بالإضافة إلى اعتلال طبيعة الأكل والشهية.

والقلق الاجتماعي ظاهرة منتشرة بطريقـــة أكــثر مــن المتوقــع فــي المجتمعات العربية وقد ثبتت هذه النتيجة من دراسات قمنا بــها فــي بعـض المجتمعات العربية. ويتميز القلق الاجتماعي بنوبات من القلق الشديد، والحرج الذي كثيرا ما يرافقه العرق والرجفة في اليدين، وعندما يكون الشخص فـــي موقف اجتماعي يتطلب منه حضورا خاصا وأداء اجتماعيا مقبــولا، مثــل أن يقابل شخصا مهما كرئيس في العمل أو عندمــــا يتكلــم فــي مكــان عــام. والإحصائيات العالمية في المجتمعات الغربية مثل المجتمع الأمريكي تشير إلى أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين الذكور والإناث تكاد تكـــون متســاوية. ولكن الإحصائيات التي قمنا بها في دراساتنا بينت أنه في المجتمعات العربيـــة ينتشر القلق الاجتماعي عند الرجال بنسبة عالية جدا عما هي عليه عند النساء، وتكاد تكون خمسة أو ستة أضعاف. ونعتقد أن السبب في ذلـــك يعــود إلــى الضغط الاجتماعي الذي يقع على الرجل ليكون بصورة مقبولة و مهيبة أكــثر بكثير في المجتمعات العربية، من الضغط الاجتماعي الواقع على المرأة.

ولا أحد يعرف على وجه التحديد لماذا تكثر أمراض القلق بأنواعها عنـد المرأة عنها عند الرجل في كل المجتمعات، لكـــن هنــاك بعــض الأبحــاث والدراسات تفسر إلى حد ما بعض العوامل التي تجعل المرأة أكــثر عرضـــة لذلك النوع من الاضطرابات. ومنها العوامل الوراثية حيث وجد أن العوامـــل

الوراثية تلعب دورا مهما في اضطرابات الهلع والخوف يصل إلى ٣٠% من المسببات لهذه الحالة. أي أن الوراثة في بعض الأحيان تختار نوعا معينا من ذكر أو أنثى، ومن ثم تأتي العوامل المحيطة من تجارب حياتية وكرب وظروف، لتشكل المرض النفسي بطريقة أخرى. وهناك من يعتقد أن هرمونات الأنوثة تؤدي دورا مهما كأحد العوامل أو المسببات لاضطرابات القلق.

وقد وضعت المرأة في العصر الحديث في موقف صعب عندما طلب منها أن تدرس كالرجل وتحصل على الشهادات كالرجل، ومن ثم تعمل كالرجل. ولكنها لا زالت تؤدي وظائفها الأساسية من حمل وولادة وتربية أطفال، بالإضافة إلى كونها زوجة تحمل هم الطبخ و تنظيم المنزل. وهذا بطبيعة الحال جعل المرأة ذات مسؤوليات وأعمال تفوق الرجل. وبالتالي فالمتوقع أن تكون هموم وكرب الحياة أصعب على المرأة، وهذا بطبيعة الحال يفسر كثيرا من أسباب انتشار الاعتلالات النفسية عند المرأة عما تكون عليه عند الرجل.

وهناك عامل آخر غالبا ما يهمل أو يتناسى من قبل المعالجين والباحثين النفسيين، خصوصا في المجتمعات العربية. ذلك هو الاعتداءات الجنسية التي تحدث ضد الأطفال وهي كثيرة ومنتشرة في كل مجتمعات العالم. فمن المعروف أن الأنثى أكثر تعرضا من الذكر للاعتداءات الجنسية أثناء الطفولة، وهذه تجربة عميقة تترك آثارا سلبية حتى لو لعب النسيان دوره، ولم تحتفظ بأي ذكرى عن تلك الاعتداءات .

ملاحظات عامة في علاج القلق عند المرأة:

لا يوجد هناك فروق كبيرة بين علاج المرأة أو الرجل في حالات القلـق. إلا أن هناك بعض الملاحظات البسيطة التي لا بد مـــن نكرهـــا. منـــها: أن أعراض القلق قد تتشابه مع بعض أعراض الأمراض العضوية، لذا كان مـــن المهم أن نتأكد من عدم وجود مرض عضوي مثل: أمراض القلب، وأمـــراض الغدة الدرقية. إن الأعراض التي تتصف بالخفقان والعرق والرجفة تتشابه مـع بعض أمراض القلب والغدة الدرقية. أما أهمية ذلك بالنسبة إلى المرأة فإنـــها تتحصر في أن المرأة نادرا ما تفحص لمرض القلـــب عندمـــا تـــأتي بنفـــس الأعراض التي يأتي بها الرجل. أي أن الرجل إذا عانى من أعراض القلق فإن الطبيب في العادة سوف يفحصه ليتأكد من عدم وجود مرض في القلب. أمـــا في حالة المرأة فإن النظرة لها بأنها تشكو من أعراض نفسية كثـــيرة تجعـــل الطبيب يشخص الحالة على أنها نفسية وليست عضوية. أما أمـــراض الغـــدة الدرقية فإنه من المعروف لدى الأطباء أنها منتشـــرة بيـــن النســـاء بصـــورة واضحة عنها بين الرجال، ومن هنا جاءت أهمية إجراء فحص الغدة الدرقيـــة لكل امرأة تظهر عليها أعراض القلق التي ذكرناها.

والمرأة في سن انقطاع الخصوبة أو حتى في السنين المقاربة لتلك الســـن التي تكون فيها الدورة الشهرية مستمرة، فقد تشكوا من أعراض "اللهبة" التـــي تحدثنا عنها في الفصل الخاص بسن انقطاع الخصوبة. وقد يخطئ البعـــض ويعتقد أن أعراض سن انقطاع الخصوبة هي أعراض القلق وقد يصف بعـــض الأدوية المهدئة عن طريق الخطأ، بينما يكون العلاج الصحيح هـــو إعطـــاء هرمون الاستروجين ليعوض المرأة عن ذلك الهرمون الناقص في جســـمها. ومن المستحسن أن يحلل مســـتوى هرمـــون الـــ "F.S.H" مـــع هرمـــون

الاستروجين وذلك في اليومين اللذين يسبقان الدورة للتأكد من تشخيص حالــة سن انقطاع الخصوبة.

وهناك ظاهرة انتشرت بين النساء، على الرغم من عدم وضوحها عنــد الناس، وهي أن التدخين و تناول القهوة قد بدأ بالانتشار بين النساء بصــورة أكثر من المتوقع. وبما أن التدخين والقهوة يحتويان على عقاقير منبهــة، قــد تعطي في بعض الأحيان نفس أعراض القلق أو تزيد مــن شــدة الأعــراض نفسها، لذا كان من المهم أن نأخذ ذلك في الحسبان في خطة العلاج. كمــا أن هناك عقاقير أخرى يتناولها كثير من النساء قد تسبب أعراضا مشابهة للقلــق، منها عقاقير علاج التهاب المفاصل والروماتيزم التي تسمى العقــاقير "غــير ستيرويدية (Non Steroidal Anti Infalmatary) "، وكذلــك العقــاقير "الستيرويدية (Steroids) "، وعقاقير الزكام وعلينا أن لا ننسى الحبوب التــي تستخدمها كثير من النساء لتخفيف الوزن من خلال تثبيط الشهية.

وأخيرا نذكر "فقدان الشهية العصابي"، الذي كما ذكرنا كثيرا ما يرافقــه اضطراب من نوع الوسواس القهري، وأحيانا الاكتئاب. المهم هنا أن نذكر أن تلك الحالة قد تكون من الشدة بحيث تؤدي إلى اختلاطات في التغذية، وإلــى نقص في الفيتامينات والأملاح مما قد يهدد حياة المريضة. إن نقــص أمــلاح البوتاسيوم مثلا قد يؤدي إلى خلل في وظيفة القلب ومن ثم إلى اعتــلال فــي العضلة القلبية وعدم انتظام دقات القلب وأحيانا الموت الفجائي لا قدر الله .

الإدمان الكحولي والمخدرات:

إن إدراج هذا الموضوع ضمن هذا الكتاب لم يكن إلا من باب اســتكمال البحث الذي يخص المرأة من خلال إلقاء نظرة على الاضطرابــات النفســية الرئيسة. ذلك لأن إدمان الكحول والمخدرات، نــادر الحــدوث فــي معظــم

المجتمعات العربية لأسباب واضحة لكل من يعيش في هــذه المجتمعــات. إن إدمان الكحول والمخدرات عند الرجال في المجتمعات العربية موجود بــالفعل، ويمكن أن نستنتج ذلك بسهولة من وجود المستشفيات المتخصصة في عـــلاج الإدمان في كل المجتمعات العربية تقريبا. ولكن مع ذلك فإن التزام المجتمعات العربية بمبادئ الدين الإسلامي جعل تلك المشكلة أخف وأبسط بكثـــير ممـــا يواجهه المجتمع الغربي حتى في الرجال أنفسهم. والحمد لله فإن هذه المشــكلة لم تجد طريقها إلى النساء بدرجة تذكر. من هنا فإننا في هذا الجزء من الفصل سوف نعتمد على المصادر الأجنبية ونناقش الموضوع من هذا المنطلق وذلــك لعدم وجود مصادر عربية تتكلم عن هذا الموضوع لنفس السبب الذي أشـــرنا إليه. ولذلك فإننا ندرج هنا باختصار أهم الخواص التي تهم المرأة في المجتمع الغربي في مجال الإدمان.

من المهم أن نذكر أولا أن المرأة بصورة عامة أقل عرضـــة للإدمـــان وأقل إقبالا على الكحول من الرجل حتى في المجتمعات الغربية. وفي الحقيقــة فإن نسبة انتشار الإدمان الكحولي بين النساء في المجتمعات الغربية يكاد يكون نصف ما هو عند الرجال. ولكن حتى تلك النسبة تعد عالية جـــدا لأن مـــدى انتشار الإدمان وسوء استعمال الكحول والمخدرات عند الرجال يتراوح بيـــن ١٠ إلى ١٢ بالمائة، وهذا سوف يجعل نسبة الانتشار بين النساء تصـــل إلـــى ستة بالمائة وهي نسبة عالية لا يستهان بها.

ويعود قلة استعمال الكحول عند المرأة إلى أكثر من سبب، فالمرأة مـــن الناحية البايولوجية أقل احتمالا لشرب الكحول. كما أن الكحول سوف يـــؤدي إلى أضرار جسمية عند المرأة بسرعة أكبر وبجرعات أقل منها عند الرجـــل. ويعتقد أن ذلك يعود إلى قلة مستوى الإنزيم المسمى" **دهايدروجينيز الكحول**"، الموجود في الكبد يصل ذلك المستوى إلى حيث النصف عما هو موجود عنـــد

الرجل. وهذا الإنزيم يحلل و يتخلص من المفعول التسممي للكحول. وهذا يعني أن المرأة إذا تناولت كمية من الكحول تساوي كأسا واحدا مثلا، فإن تأثيره على الجسم سوف يكون ضعف تأثير ذلك على الرجل أي كأنها قد تناولت كأسين، وذلك لأن هذا الأنزيم سوف يستغرق ضعف ما يستغرقه في الرجل للتخلص من المفعول السمي للكحول.

والسبب الآخر في خطورة الكحول على المرأة مقارنة بالرجل هو أن كمية الماء في جسم المرأة بالنسبة إلى اللحم والشحوم أقل منها عند الرجل. ومعنى ذلك أن المرأة سوف تعاني من ارتفاع في نسبة الكحول في الدم الذي يتكون من الماء بالدرجة الأولى، أي أن قلة كمية المياه في الجسم ككل بالنسبة للمرأة تجعل نسبة الكحول المذاب فيها أكثر. وهذا بالتالي يزيد من التأثير السمي للكحول عند المرأة.

كذلك فإن المرأة معرضة للمضاعفات والأضرار الجسمية والنفسية الناتجة من الكحول بدرجة أعلى بكثير من الرجل. مثال ذلك قرحة المعدة، وتليف الكبد، والتهاب الأعصاب المحيطية، والتهابات المخ المختلفة وغيرها. ومن هنا فالمتوقع من الطبيب أن يكون أكثر حرصا مع المرأة المدمنة من الرجل المدمن في إجراء الفحوصات والتحاليل الطبية المختلفة، مثل فحص وظائف الكبد، وفحص فقر الدم واعتلالات الغدة الدرقية، وغيرها.

الأسباب النفسية والاجتماعية لتعرض المرأة للإدمان الكحولي والمخدرات:

هناك أسباب نفسية واجتماعية تجعل من المرأة التي تتعرض لها أكثر عرضة لتناول الكحول وباقي المواد المخدرة. منها:

أولا: التعرض للاضطهاد أو سوء المعاملة من قبل الكبار، خصوصا إذا كان ذلك من نوع التحرش الجنسي، أو الاعتداء الجنسي بكل أنواعه

وتفاصيله. وتعد الاعتداءات الجنسية على الأطفال الذكور والإناث من أهم أسباب الاكتئاب وكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى، ومن أبرزها تلك الاضطرابات الناجمة عن إدمان الكحول والمخدرات.

ثانيا: وجود الأمراض النفسية الأخرى مما يسبب في كثير من الأحيان تورط الإنسان في محاولة التخفيف عن آلامه النفسية بتناول الكحول أو المخدرات، ولسبب ما تكون هذه الظاهرة موجودة أكثر في النساء نسبيا. ولسبب ما لم يعرف تفاصيله بعد على وجه التحديد يكون وجود المرض النفسي الآخر في المرأة المدمنة أكثر منه بكثير من وجود المرض النفسي في الرجل المدمن. أي أن الرجل المدمن يكون في الغالب لا يعاني من أمراض نفسية أخرى إلى جانب الإدمان، وذلك على النقيض من المرأة.

ثالثا: انتشار الإدمان على المخدرات والكحول في العائلة. وهذا بسبب العوامل الوراثية مع العوامل المحيطة الأخرى. أي أن وجود الإدمان في الأب أو الأم سوف يعطي الطفل مثلا سيئا له أو لها، بالإضافة إلى أن عامل الوراثة هو عامل قوي لا يستهان به. ولأسباب غير معروفة لوحظ أن العوامل الوراثية تؤدي دورا أكبر في توارث الإدمان عند المرأة عنه عند الرجل.

رابعا: تبين أن وجود الزوج المدمن يكون في كثير من الأحيان سببا في اقتداء الزوجة كي تكتسب تلك العادة الخطيرة.

خامسا: وجود التوتر أو الاضطراب النفسي المرافق للعادة الشهرية يؤدي إلى الرغبة في تناول الكحول أو المخدر. وقد تسوء حالة الإدمان في تلك المرحلة.

سادسا: واجبات المرأة كزوجة وأم وخصوصا الشعور بالذنب والقلق تجاه أولادها، تجعلها تتهرب من العلاج. وذلك ناجم من المحاولة اللاشعورية لعدم الاعتراف بالإدمان والحاجة إلى العلاج حتى تبقى إلى جانب أولادها.

سابعا: المجتمع في أي مكان في العالم يكون أكثر قسوة علـــــى المــرأة المخطئة من الرجل المخطئ، وهذا يجعل المرأة أكثر حرجا لتقبل العلاج لأن ذلك سوف يكون اعترافا منها بأنها مدمنة.

ثامنا: هناك نوع من الإدمان قد يكون موجودا بصـــــورة خاصـــة فـــي النساء، وهو استعمال حبوب منع الشهية لغـــرض الوصـــول إلـــى الرشـــاقة المرجوة دائما من المرأة. وحبوب منع الشهية هي أنواع من عقاقير مختلفـــــة منها ما لا يؤدي استعماله إلى الإدمان، ولكن معظم أنواع حبـــوب الريجيـــم تؤدي إلى الإدمان إذا كانت تحتوي في تركيبها على مادة "الأمفيتامينات" التـــي تعد من المنشطات.

الفصل السادس

الاضطرابات النفسية المصاحبة

للدورة الشهرية

لقد عرفت المرأة المعاناة المصاحبة للدورة الشهرية منذ قدم التاريخ، ولكن القليل من الناس يفهم طبيعة هذه المعاناة. والغريب في الأمر أن الطب النسائي والطب النفسي معاً وحتى يومنا هذا لم يتوصل إلى معرفة طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه الحقيقية. هذا لا يعني طبعاً أنه ليس هناك مفهوم لبعض أسبابه والتغيرات الهرمونية المصاحبة له التي تلعب دوراً كبيراً في تكوينه.

وتعاني ملايين النساء في العالم من الأعراض النفسية المصاحبة للدورة الشهرية. وتلك الأعراض فهمها معقد جداً. فعلى سبيل المثال عبرت النساء المصابات بهذا الاضطراب في أحد البحوث الطبية المشهورة عن وجود أكثر من ١٥٠ نوعاً من الأعراض المرضية. إذ تتراوح تلك الأعراض بين أوجاع خفيفة وتخزن في الماء في أماكن مختلفة من البدن، إلى أوجاع صداع الشقيقة والتعب الجسمي والإرهاق العصبي، والحالات الشديدة التي تؤدي إلى الاكتئاب الشديد وأحياناً الاضطراب العقلي الحاد المصاحب بشعور محاولة قتل الآخرين أو قتل النفس (الانتحار).

لقد أثبتت بعض الدراسات أن حوالي الثمانين بالمائة من نساء العالم في سن البلوغ والإنجاب قد جربن بعضاً من تلك الأحاسيس والأعراض النفسية المصاحبة للدورة. وفي معظم الحالات تكون تلك الأعراض خفيفة الحدّة أو متوسطة، ولكن في بعض الأحيان تكون تلك الأعراض شديدة وعميقة لنشاطهن. والغريب في الأمر أن عدد النساء اللاتي يشكون من تلك الأعراض في تزايد مستمر، والطب الحديث على تقدمه لا يجد أسباباً متفقاً عليها لهذه الحالة. وبما أن الأطباء والعلماء لم يتفقوا بعد على الأسباب الأصلية لهذه الحالة، فإنه لا يوجد علاج متفق عليه بصورة نهائية. بل هناك بعض العلماء الباحثين من يشكك في وجود تلك الحالة كمرض محدد أو وجوده كاضطراب مستقل بذاته، بل هم يرونه مظهرا من مظاهر أمراض

أخرى كالاكتئاب مثلاً. وبسبب ذلك نرى أن كثيراً من النساء المصابات بتلك الحالة لا يهتممن بها بصورة جدية كما يجب فهن لذلك يستمررن في المعاناة التي يضاف إليها الآن الشعور بالشك في أنفسهن وفي مقدرتهن على التعرف على ما يشعرن به في أجسامهن، ومن ثم قد يصبن بالإحساس بالفشل وانعدام الأمل.

وتصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها "المصنف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية" الذي يعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية، الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة تحت مجموعة "اضطرابات المزاج" وتسمى أحياناً بـ "الاضطرابات الوجدانية أو العاطفية". ويشرح ذلك المصنف تلك الحالة بأنها: " تشكيلة من الأعراض الجسمية والنفسية في أوقات تتكرر في الأسبوع الأخير قبل الحيض التي تختفي أو تنخفض كثيراً في اليوم الأول أو الثاني من بدء الحيض" ويعتمد في تشخيص تلك الحالة تكرارها في أكثر من دورة شهرية، ويفضل أن يأخذ الطبيب وصفاً للأعراض بصورة مستقبلية بتتبع المريضة وأعراضها لمدة شهرين على الأقل. ومن الناحية العملية يكون ترك المريضة بدون علاج للتأكد من التشخيص غير ممكن في كثير من الأحوال، لذا يستحسن استخدام ورقة أو استمارة بيانات تملؤها المريضة وتشير فيها إلى الأيام التي تشعر فيها بتلك الأعراض. وعلى الرغم من أن كثير من النساء يشعرن في الحالات العادية ببعض الآلام الجسمية أو النفسية الخفيفة إلا أن حوالي٥% منهن تكون الأعراض عندهن من الشدة بما يمكن أن يوصف بأنه من "الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية"، أي أنها تكون من الحدة بحيث تشتمل على كل الخصائص والأعراض التي يجب توافرها في "المصنف التشخيصي الإحصائي" للجمعية الأمريكية للطب النفسي، الذي سوف يأتي شرحه .

أسباب الحالة:

كما أوضحنا من قبل فإن الأسباب الحقيقية لهذه الحالة غير معروفة بصورة قطعية متفق عليها، ولكن هناك كثير من الأبحاث الطبية التي تشير إلى أن اضطرابات الهرمونات لها تأثير مباشر في تسبب الحالة. ومن البديهي أن نتوقع أن التغيرات البايولوجية الهرمونية التي تصاحب الدورة لها الدور الأول في الحالة لأنه بانعدام الدورة تختفي الأعراض.وهذه الأعراض لا توجد قبل سن البلوغ وتختفي أثناء الحمل و بعد سن انقطاع الخصوبة.

وبمراجعة مئات الأبحاث التي أجريت في هذا المجال نرى أن هناك خللاً في كثير من الهرمونات في هذه الحالة. ولم يكن هذا الخلل في أي من تلك الهرمونات شديداً بدرجة تجعل تشخيص الحالة بمعرفة أسبابها سهلاً. كما أن الباحثين لم يتفقوا على تفسير واحد أو مقنع لنتائج تلك الأبحاث.

ولقد كشفت تلك الأبحاث عن اختلال في الهرمونات التي تتعلق بصورة مباشرة بالوظائف الجنسية عند المرأة، مثل هرمون الاستروجين والبروجستيرون أو الهرمون المحفز للحويصلات، أو الهرمون الباني Follicle Stimulating Hormone،progesterone،(Estrogen (FSH) and Lutenizing Hormone (LH).) كما أن هناك بعض الهرمونات التي لا تتعلق بصورة مباشرة بالوظائف الجنسية مما يعني أن هناك بعضاً من الاختلال فيها. مثال ذلك هرمون التستيرون وهو هرمون الذكورة الذي يوجد عند المرأة بكميات قليلة ولكنه مهم جدًا عند المرأة لأنه المسؤول عن تحفز وإثارة الشهوة الجنسية عند المرأة، وقد يضطرب هرمون الكورتزول. كما أن هناك من يشير إلى بعض من الخلل في مستقبلات الأفيون في الجسم أو في المادة الكيمياوية التي تسمى بالسروتونين. وقد يستغرب البعض وجود مستقبلات الأفيون في الجسم، ولكن ذلك طبيعي لأن

هناك مواد كيمياوية في الجسم الإنساني تشبه في تأثيرها بالأفيون ولها وظائف مهمة في العمليات الحيوية في الجهاز العصبي وغيره.

ولقد لوحظ لسبب ما أن النساء اللاتي يشكون من تغيرات كبيرة في المزاج عند تناولهن حبوب منع الحمل، أو النساء اللاتي يصبن باكتئاب ما بعد الولادة يكن أكثر عرضة للإصابة بالحالات المصاحبة للدورة من غيرهن، كذلك يكون الحال عند النساء اللاتي يعانين من حالات الاكتئاب العادية غير المتعلقة بالدورة. وهذا يعني أن التي تشكو من مرض الاكتئاب العادي تكون في حالة أشد من حيث حدة الأعراض عند اقتراب الدورة الشهرية لها. كما لوحظ أن الاضطرابات المصاحبة للدورة تسري في النساء من أولات القربى مما يشير إلى أهمية العوامل الوراثية في هذه الحالة. وقد لوحظ أن كثيراً ممن يأتين إلى عيادات الأطباء بسبب الأعراض المصاحبة للدورة ثبت على الأغلب وجود أمراض نفسية أخرى مثل: اضطرابات الاكتئاب بأنواعها، أو اضطرابات القلق والمزاج، أو ممن تسبب اكتئاب ما بعد الولادة في وجود تلك الحالة عندهن. ومن هنا كانت أهمية الفحص الدقيق للطبيب النفسي والتأكد من وجود أو عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى. كما أن الفحص الطبي العام و أخذ تاريخ الأمراض الطبية والفحص النسائي مهم جداً للتعرف على أمراض أخرى من الممكن أن تؤدي أو تسبب نفس نوع الأعراض التي نراها في اضطرابات الدورة، منها مثلاً انتشار بطانة الرحم (Endometriosis)، أو مرض صداع الشقيقة، أو الصرع، أو مرض الذئبية(Systemic Lupes)،أو آلام الألياف العضلية(Fibromyolgia)،أو أمراض الغدة الدرقية، أو حتى أمراض القولون مثل القولون العصبي .

التشخيص:

قبل كل شيء يجب أن نتذكر أنه لا يوجد هناك أي فحص طبي أو تحليل معين يؤكد تشخيص حالات الاضطراب النفسي المصاحب للدورة.

ولكن تلك التحاليل تجرى للتأكد من عدم وجود أمراض أخرى جسمية لها نفس الأعراض. فمثلاً إذا كانت المريضة تشكو من إرهاق وتعب فيمكن إجراء فحص الغدة الدرقية للتأكد من عدم وجود كسل في تلك الغدة، كما أن فحصاً بسيطاً للدم سوف يعلمنا بوجود فقر للدم أم لا. ويمكن إجراء فحص هرمون اللبن البرولاكتين (Prolactine) أو الهرمون المحفز للحويصلات (FSH) إذا كان هناك شك في وجود خلل عام في الهرمونات النسائية، كأن تشكو المرأة من نزيف أو دم في غير أوقات الدورة الشهرية، وتكون قاربت سن انقطاع الخصوبة. كذلك يجب أن نتعرف على العادات الغذائية للمريضة، فتناول الكحول أو حتى القهوة له تأثير سلبي على أعراض الحالة. كما أن تناول حبوب منع الحمل يجعل المرأة أكثر عرضة لتلك الأعراض، ومن هنا علينا تقييم مدى تأثير تلك الحبوب على المريضة.

ويعتمد تشخيص الاضطراب النفسي المرافق للدورة الشهرية على وجود أعراض مرضية تدل عليه. أي أن التشخيص هنا لا يستند على فحوصات طبية معينة وذلك لعدم وجود فحص معين يشير إلى وجود ذلك المرض بصورة قاطعة. واتفقت المصادر الطبية النفسية في كل المجتمعات تقريباً، على اعتماد ما جاء في المصنف الأمريكي للأمراض النفسية كوسيلة للتشخيص العادي. ونحن هنا سوف نستعرض ما جاء في ذلك المصنف لأنه يثبت معظم الأعراض التي يجب توافرها حتى يتم تشخيص الحالة.

يتعين تشخيص الاضطراب المصاحب للدورة الشهرية على توافر ما يلي:

أولاً: يجب توافر خمسة أو أكثر من الأعراض التالية في معظم الدورات خلال السنة السابقة وذلك في النصف الثاني من الشهر فيما بين فترتي الحيض، وتختفي تلك الأعراض بعد أيام من بداية للدورة الجديدة بعد الحيض التالي. ويشترط أن يكون أحد هذه الأعراض الخمسة أو أكثر واحداً من أول أربعة أعراض هي:

١ - مزاج مكتئب واضح، أو شعور باليأس، أو تفكير بخذلان النفس.

٢- شبعور واضح بالقلق مع التوتر وعدم الراحة.

٣- عدم استقرار في المزاج (شعور مفاجئ بالحزن أو الخوف أو الحساسية الشديدة).

٤- شعور بالغضب المستمر أو عدم الاستقرار أو تزايد في المشكلات مع الأشخاص الآخرين.

٥- تناقص في الاهتمام في النشاطات اليومية مثل العمل أو الدراسة أو الأصدقاء أو الهوايات.

٦- شعور بعدم القدرة على التركيز.

٧- الشعور بالتعب والإرهاق.

٨- تغير واضح بالشهية من انعدام الشهية إلى ازدياد واضح في كمية الطعام المتناول.

٩- تغير في طريقة النوم من الأرق إلى النوم المتزايد.

١٠- شعور بالإحباط أو فقدان السيطرة على النفس.

١١- أعراض جسمية مثل: ألم أو انتفاخ في الثدي، أو الصداع، أو آلام في المفاصل والعضلات، أو الشعور بتجمع السوائل في الجسم.

ثانياً: تكون تلك الأعراض المذكورة من الشدة بحيث تؤثر على سير الحياة المعتادة في العمل أو العلاقات الاجتماعية والدراسة.

ثالثاً: يجب ألا تكون تلك الأعراض ناتجة عن اضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب، أو خوف الهلع أو الاضطرابات الوجدانية أو اضطرابات الشخصية، على الرغم من أن كل من تلك الأعراض قد تكون أعراضاً إضافية لتلك الأمراض أو الاضطرابات.

رابعاً: يجب أن تكون تلك الأعراض مؤكدة بتتبع مستمر وتقييم لشدة الأعراض لدورتين متتابعتين. ولكن من الممكن أن يكون التشخيص بمتابعة تاريخ الحالة بصورة مبدئية.

العـــلاج:

يتكون علاج الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعادة الشهرية من نوعين. النوع الأول: هو العلاج غير الدوائي، أي الذي لا يستدعي استعمال أي عقار أو دواء.أما النوع الثاني: فهو النوع الدوائي الذي تستعمل فيه الأدوية لعلاج الأعراض المذكورة أعلاه. أما العلاج غير الدوائي فيشتمل في الدرجة الأولى على طمأنة المريضة على أن تلك الحالة غير مرضية ولا تؤدي إلى اختلاطات غير محمودة. ويحسن أن نعطي المريضة العلاج النفسي المساند ليساعدها على تحمل التوتر والضغوط النفسية المصاحبة لتلك الحالة. كما أن الثقافة الصحية مهمة جداً حتى تعرف المريضة طبيعة الدورة الشهرية وكيفية حدوث الأعراض التي تشكو منها المريضة. وسوف يساعد ذلك على التخفيف من حدة الشعور بالذنب والخجل واليأس. وإذا طلب من المريضة أن تسجل كل يوم ما تشعر به من أحاسيس وأعراض جسمية ونفسية كما هي الحال عند تشخيص الحالة، فسوف يساعدها ذلك على تكوين نوع من الشعور بالاستقرار وتوقع ما سوف يحدث مستقبلاً، وبذلك قد تستطيع المرأة أن تخطط لحياتها

اليومية، وبذلك تخف عليها ضغوط الحياة. كما يحسن أن تنصح المريضة بأن تأخذ القدر الكافي من النوم وتقلل من تناول القهوة والتدخين والملح الكثير في الطعام والمهم عدم تناول الكحول. وفي بعض الحالات يمكـــن أن نســتعمل العلاج المعرفي الذي يستخدمه الأخصائيون النفسيون، وأحياناً قد يفيد عـــلاج الاسترخاء. وفي معظم الحالات الخفيفة يكون العلاج المساند مـــن غــير أي دواء كافيًا ولا تحتاج المريضة إلى أكثر من ذلك، ولـــهذا فيحســن محاولــة العلاج من غير الأدوية لمدة دورتين متتابعتين أي لمدة شهرين على الأقل قبل القرار باستخدام أي دواء. ويحسن ألا ننسى أن بعض الأعراض فـــي هــذه الحالة تأتي من تناول نوع من حبوب منع الحمل لا تتفق مع طبيعـــة المــرأة التي تتناول تلك الحبوب، وعند ذلك يجب أن نغير نوع تلك الحبوب أو نوقف استخدامها نهائياً ويستعاض عنها باستخدام طرق أخرى لمنع الحمل.

العلاج الدوائي :

يتكون العلاج الدوائي من ثلاثة أنـــواع. الأول: عـــلاج موجـــه نحـــو التخفيف من الأعراض بصورة مباشرة، والثاني: نحو محاولة موازنة الخلـــل الكيمياوي المفترض أن يكون المسبب للأعراض، أما الثالث فهو: منع إنـــزال البويضة وبالتالي تحوير الدورة الشهرية بكاملها.

الأدوية النفسية:

لقد ثبت مؤخراً أن أكثر الأدوية النفسية لها دور كبـــير فـــي تخفيـــف معاناة المرأة المتعرضة لاضطرابات الدورة الشهرية. إن اســـتخدام الأدويـــة النفسية لها مفعول مباشر في علاج هذه الحالة وخصوصاً العقاقير المســـماة مضادات الاكتئاب. لقد أعطت كثير من الدراسات الحديثة نتائج تؤكد أن عقار مثل "البروزاك" وغيره من مضادات الاكتئاب المؤثرة على مادة "السيروتونين"

بالذات له مفعول قوي ومباشر في معالجة اعتلال المزاج، والوعكة والتوتر الذهني. والمهم في هذه الحالة أن استخدام مضادات الاكتئاب ينبغي أن تؤخذ بصورة مستمرة وبدون انقطاع على مدى الشهر كله وليس في الأيام التي تكون فيها الأعراض واضحة فحسب. وهناك بعض من النساء من يستفدن فعلاً من تناول تلك الحبوب بصورة محدودة ومحصورة في الأيام القليلة التي تسبق الحيض. ولكن هذه الطريقة بصورة عامة تعد غير مضمونة النتائج. وهناك من الأطباء من يصف حبوباً مهدئة مثل الفاليوم لعلاج القلق الذي يصاحب تلك الحالة في بعض الأحيان، وقد يكون ذلك ذا فائدة، ولكننا على الأغلب لا ننصح بذلك لأنه قد يؤدي إلى التعود وأحياناً إلى الإدمان، إذا كانت المريضة لديها الاستعداد الوراثي لذلك. كما قد ينصح بعض الأطباء باستخدام مواد منشطة مثل حبوب "الأمفيتامين" بمختلف أنواعها، وذلك لمعالجة الإرهاق الذهني والعصبي أو العضلي. وهنا أيضاً نحذر من استعمال المنشطات، وذلك لقابليتها على أن تسبب التعود أو الإدمان.

العلاج بالهرمونات:

تبنى استراتيجية العلاج بالهرمونات على النظرية القائلة: إن أعراض اضطرابات العادة الشهرية ناجمة عن قلة أو انخفاض كمية هرمون البروجستيرون في الدم في الأسبوعين الأخيرين من الدورة، أي المدة التي تسبق الحيض و تبدأ بعد إنزال البويضة مباشرة. ومن هنا كان استخدام هرمون البروجستيرون وإعطاؤه للمريضة في تلك المدة مفيدًا لعدد كبير من النساء، وهو في الوقت الحاضر من أكثر أساليب العلاج ذيوعاً، ولو أنه في المدة الأخيرة بدأ استخدام مضادات الاكتئاب المحفزة لمادة السروتونين فكان أكثر استخداماً من استخدام البروجستيرون في بعض من مجتمعات العالم مثل: المجتمع الأمريكي، وذلك لسلامة تلك العقاقير وخلوها من الأعراض

الجانبية الشديدة. وهناك بعض الأبحاث القوية التصميم مثل الأبحاث التي تجرى بطريقة عمياء (أي التي يكون فيها الباحث والمريضة في الوقت نفسه على غير علم بطبيعة العلاج ، وبالتالي تكون نتائج تلك الأبحاث أكثر دقة واعتمادية) وتشير إلى أن استخدام البروجستيرون غير مضمون النتائج من حيث علاج تلك الأعراض.

وهناك كثير من الأطباء من استعمل هرمون "الاستروجين" عن طريق حقنه تحت الجلد فحصلوا على نتائج جيدة. هناك بعض الأعراض الجانبية مثل: الغثيان، أو ألم في الثدي، أو ازدياد في الوزن. ويبدو أن استعمال هرمون الاستروجين على شكل حبوب عن طريق الفم لا يفيد مثل استعماله كحقن تحت الجلد. وهناك أيضاً من استعمل الهرمون الذكري "الأندروجين" على شكل تركيب مصنع يسمى "الدانازول" الذي سوف يقوم بالتأثير غير المباشر على المبيض ويوقف عملية التبويض. فهو بتأثيره على الغدة النخامية تحت المخ يخفض من كمية الهرمون المحفز للمبيض وبالتالي يقل نشاط المبيض ولا ينتج البويضة في ذلك الشهر. وأثبت هذا العلاج نفعه في إزالة التوتر والعصبية والاكتئاب. ولا ننسى أن هذا الهرمون له خصائص الذكورة فقد يسبب ظهور الشعر في الوجه، أو ألم في الثدي، أو انتفاخ متأت من تجمع السوائل في الجسم، أو انتشار حبوب الشباب. أما الهرمون الذي يفرز الهرمون التناسلي(Gonadotropine Releasing Hormone) ويختصر بـ (GnRH) فله مفعول الدانازول الذي يؤدي إلى النتائج والأعراض الجانبية نفسها. ولأنه كما هو الحال في "الدانازول" فإنه يؤدي إلى انخفاض في مستوى الهرمون النسائي "الاستروجين" ومن أهم أعراضه الجانبية وهن العظام، وازدياد التعرض إلى أمراض القلب.

إن استعمال الهرمونات لإيقاف عملية إنزال البويضة، ينبغي أن يكون آخر المطاف في العلاج، ولا تستخدم الهرمونات إلا عند فشل العُلاجات الأخرى. وبصورة عامة تكون العلاجات الخفيفة مثل الفيتامينات والغذاء والتمرينات الرياضية، وأحياناً مسكنات الألم، أول أداة في علاج الحالة. فإذا فشلت استعملت الأدوية النفسية كمضادات الاكتئاب ومضادات القلق. وبعد ذلك تستعمل الهرمونات التي لا تؤدي إلى توقف عملية التبويض مثل: البروجستيرون أو الاستروجين بجرعات قليلة، فإذا فشلت استعملت الوسائل الأخرى. وفي الحالات النادرة الشديدة جداً قد تستعمل العمليات الجراحية كإزالة المبيض.

الفيتامينات:

إن استعمال فيتامين ب ٦ (B.6) المسمى "بايرودوكسين" قد يفيد في علاج الاكتئاب والتوترات العصبية والإرهاق والتعب النفسي والعضلي. وفيتامين "البايرودوكسين" يدخل في تكوين مادتي "الدوبامين" و"السروتونين" اللتين تؤديان دوراً مهماً في ميكانيكية وكيماوية الاكتئاب. وينبغي ألا تكون الجرعة أكثر من ١ملجم في اليوم لأنها سوف تسبب التهاب الأعصاب المحيطية. أما أملاح الكالسيوم والمغنيسيوم و فيتامين "ي" فهناك من يعتقد بفوائدها وهناك من لا يعتقد ولكنها خالية من الأعراض الجانبية ولا يضر تجربتها. ولسلامتها فكثير من الأطباء ينصح باستعمالها أولاً، وقد تكون ذات فائدة في الحالات الخفيفة البسيطة.

مدرات البول:

إن مدرات البول كثيرة ولا داعي لإدراجها. وتستعمل المدرات للتخفيف من حدة الاستسقاء وتجمع السوائل في الجسم الذي يؤدي إلى انتفاخ الرجلين

والزيادة في الوزن. إن استعمال المدرات يكون ذا فائدة في الحالات الخفيفة عادة، وكما لا تكون المدرات كافية لعلاج الحالة إلا إذا كان هناك فعلاً ازدياد في الوزن ناتج من تجمع السوائل. فإذا لم يكن هناك تجمع في السوائل لا تكون للمدرات أي فائدة. وعلينا أن نتذكر المشكلات التي من الممكن أن تسببها مدرات البول مثل النقص في البوتاسيوم، وانخفاض ضغط الدم، والشعور بالدوخة.

مسكنات الألم المثبطة للبروستوجلاندين:

مسكنات الألم التي تثبط مادة البروستوجلانين لها مفعول مباشر على الالتهابات في مختلف أنحاء الجسم. لأن البروستوجلاندين يدخل في التفاعلات الكيماوية الخاصة بالالتهابات وفي كيماوية الألم في الأعصاب. مثال ذلك عقار "الآبيبروفين" أو "النابروكسين". وينبغي أن نتذكر إن أفضل وقت للحصول على مفعول جيد لتلك العقاقير هو قبل أن يبدأ الألم. ولهذا فيستحسن أن تبدأ المريضة بتناول ذلك العقار قبل سبعة أو عشرة أيام من بدء الحيض.

عقاقير أخرى:

هناك مجموعة متفرقة من الأدوية أو العقاقير التي تستعمل في بعض الأحيان لغرض خاص يتعلق بالأعراض المختلفة، ولكنها ليست منتشرة الاستعمال، لكونها لم تثبت فعاليتها في معظم الحالات. مثل: استعمال "الإندرال" لعلاج التوتر والقلق، أو "الكلوندين" الذي هو أيضاً علاج لارتفاع ضغط الدم في الأصل، و يفيد أيضاً في حالات التوتر والقلق والحساسية المفرطة، وللغضب. وهناك من استعمل أيضاً عقار "البروموكربتين" وهو محفز ومشابه لمادة "الدوبامين" في الجسم. في التخفيف من آلام الثدي كما يخفف من التوتر والقلق والاكتئاب .

الفصل السابع

الصحة النفسية للمرأة أثناء الحمل

تكون الاضطرابات النفسية عند المرأة أكثر انتشاراً فيما بين سن ١٨عاماً إلى سن ٤٥سنة. وهو العمر النسائي الذي تكون فيه المرأة متهيأة للحمل والولادة. وقد تبدأ الأمراض النفسية أحياناً كثيرة في بدايتها مع تجربة أول حمل للمرأة. ولكن هذا لا يعني كما يعتقد الكثير أن المرأة أثناء الحمل تكون في حالة نفسية مرهقة و متوترة وغير مستقرة. فالحمل عملية طبيعية تتعرض لها كل النساء، وليس من المتوقع أن تكون فترة اضطراب نفسي يستمر طوال فترة الحمل .

وتشتمل الصحة النفسية للمرأة أثناء الحمل على نواح عديدة من الوجوه والحالات التي يجب الانتباه إليها للتأكد من أن تحصل الحامل على أنسب المحيط والظروف الملائمة لحمل صحي وولادة طبيعية لطفل صحي طبيعي. وعلينا أن نتأكد أن المرأة الحامل لا تتناول أنواعاً من الأدوية أو العقاقير التي تؤثر على سير الحمل، وذلك يشمل الإفراط في شرب القهوة أو التدخين وطبعاً تناول الكحول.

ويجب أن يصمم العلاج النفسي تصميماً خاصاً فيما إذا كانت المرأة تشكو من أي نوع من أنواع الأمراض النفسية قبل الحمل. وذلك يتطلب إلماماً كافيًا بكل تلك الاضطرابات أو الأمراض النفسية. وقبل أن ندخل في تفاصيل ذلك سوف نبدأ بحالة ما قبل الحمل، ولذلك سوف نتناول أولاً تأثير حبوب منع الحمل بأنواعها على الصحة النفسية وكيفية تفادي أو علاج تلك الحالات.

التأثيرات النفسية لحبوب منع الحمل:

ربما كانت حبوب منع الحمل من أكثر أو أكثر أساليب منع الحمل انتشارا بين نساء العالم. وتتكون المادة الفعالة في تلك الحبوب من نوعين وأحيانا نادرة من ثلاث أنواع من الهرمونات. الأول: هو هرمون

الاستروجين، والثاني: هو هرمون البروجستيرون، وكلاً من هذين الهرمونين يفرزان في الحالات الطبيعية من المبيض أي هما هرمونـــان أنثويـــان. أمـــا الهرمون الثالث: الذي من النادر أن يوجد في تلك الحبوب إلا فـــي حـــالات نادرة فهو هرمون الأندروجين، الذي يفرز في الحالات الطبيعية من الخصيـــة ومن الغدة التي فوق الكلية.

وتعد حبوب منع الحمل من أكثر أساليب منع الحمل فعالية، تقارب أقـــل من ٩٩%. أي أن نسبة احتمال حدوث الحمل من عملية لقـــاء جنســـي بيـــن الزوج وزوجته هو أقل من ١%. ولحبوب منع الحمل فوائد كثيرة، أهمها أنها تنظم الدورة الشهرية، وتقلل من احتمال الإصابة بسرطان الرحم أو ســـرطان أو تكيس المبيض، كذلك تقلل من إمكانية حدوث الحمـــل خـــارج الرحـــم أو الإصابة بفقر الدم من قلة الحديد. ولكنها من ناحية أخرى قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التخثر وتجلط الدم، وأحياناً نادرة إلى أورام في الكبد.

وتأتي حبوب منع الحمل على نوعين رئيسين.النوع الأول: هو المســـمى ذو الهرمون الواحد وهو مكون من هرمون البروجستيرون فقط. و الثاني: هو النوع المركب الذي يحتوي بالإضافة إلى البروجســـتيرون، علـــى هرمـــون الاستروجين وأحياناً قليلة على هرمون الأندروجين أيضاً. كذلك هناك أكـــثر من طريقة لأخذ الحبوب، فقد تكون طريقة ذات الوجه الواحـــد أي أن يؤخـــذ نوع واحد (ذو تركيز أو جرعة واحدة) لا يتغير من الحبوب خـــلال الـــدورة الشهرية الواحدة، أو ذو الوجهين أو الثلاثة، أي أنه من الممكن أن تأخذ المرأة في حالات خاصة نوعين أو ثلاثة أنواع من الحبوب أثناء الـــدورة الشـــهرية الواحدة.

وكما هو الحال في أي دواء آخر هناك بعض الأعراض الجانبية التـــي من الممكن توقعها من كل نوع من تلك الحبوب. فهرمون الاســـتروجين قـــد

يسبب الغثيان، وآلامًا أو تغيرات كيسية في الثدي، أو الصداع، أو ارتفاع في ضغط الدم، وأحياناً يؤدي إلى تزايد في نمو الأنسجة الليفية في الرحم، كما أن هرمون الاستروجين له تأثير سلبي كبير على سرطان الثدي. أما البروجستيرون فإنه قد يسبب زيادة في الوزن، والشعور بالتعب والإرهاق، والصداع، وانخفاض في الرغبة الجنسية. أما هرمون الأندروجين فقد يسبب زيادة في الوزن، وظهور حب الشباب، ونمواً في شعر الوجه أي ما يشبه الشارب و اللحية عند الرجال. وبالمقارنة مع الحبوب المركّبة تكون الحبوب الخاصة بهرمون البروجستيرون فقط أقل فعالية، وقد تسبب أحياناً بعض النزيف في فترات غير منتظمة. ولكن تلك الحبوب مهمة جداً إذا كانت المرأة مرضعاً، أو إذا كان ضغطها الدموي عال جداً أو معرضة أو مصابة فعلاً بسرطان الثدي.

وهناك نوع آخر من حبوب منع الحمل يكون ذا فعالية طويلة المدى. فمادة المدروكسي بروجستيرون التي تسمى تجارياً ب"البروفيرا" المستخلصة صناعياً من هرمون البروجستيرون. و حقنة واحدة من "البروفيرا" تكفي لمدة ثلاثة أشهر. وهناك أيضاً مادة نادرة الاستعمال ويكون مفعول الجرعة الواحدة لمدة تصل إلى خمس سنوات، لأنها تعطى في داخل كيس يزرع تحت الجلد. تلك المادة تسمى "ليفونورجستريل"، وهي مستخلصة صناعياً من البروجستيرون وتسمى تجارياً ب"نوربلانت". وكلاً من المادتين طويلتي الأمد ولها أعراضها الجانبية مثل: اضطرابات انتظام الدورة الشهرية، وزيادة الوزن، وانتشار حبوب حب الشباب في الوجه والظهر.

الاضطرابات المزاجية لحبوب منع الحمل:

تعرف أكثر النساء أن حبوب منع الحمل لها تأثير مباشر على المزاج، وقد تسبب الإرهاق العصبي أو الاكتئاب. وهناك دراسات كثيرة تشير إلى أن

حبوب منع الحمل تؤدي إلى الاكتئاب في كثير من الأحيـــان. بيـــد إن تلـــك الدراسات أجريت منذ وقت طويل مضى. ومن تلك الدراسات أكسبت حبـــوب منع الحمل سمعة أنها تؤدي إلى اضطرابات نفسية وتعكر في المزاج. ولكـــن تلك الدراسات أجريت في وقت كانت الحبوب المصنعة تحتوي على جرعـــات عالية نسبياً من الهرمونات التي مر ذكرها، ولكن تلك الحبوب لم تعد تصنــــع في الوقت الحاضر. ولقد أجريت مؤخراً دراسات موثقة على الحبوب المنتجة حالياً، وكانت النتائج لا تشير إلى أي علاقة واضحة بين اضطرابات المـــزاج وحبوب منع الحمل. ولكن مع ذلك كانت هناك دراسات تشير إلى أنه في حالة وجود تاريخ مرضي لوجود الاكتئاب في وقت ما عند المرأة، وكانت تعـــاني في وقت ما من اضطرابات مزاجية مع الدورة الشـــهرية، فإنـــها معرضـــة للاكتئاب في حالة تناولها حبوب منع الحمل حتى الحديثة منها. كما أن المـــرأة التي تتناول جرعات مختلفة من حبوب منع الحمل خلال الشهر الواحد، فإنـــها تكون معرضة للاكتئاب خصوصاً إذا كانت تعاني من اضطرابات المزاج مـــع الدورة الشهرية.

وبالإضافة إلى اضطرابات المزاج فإن هرمون البروجستيرون الموجود في تلك الحبوب، يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض الرغبة الجنسية. كمـــا أن تأثير البروجستيرون على الرغبة الجنسية هو تأثير مباشر بحد ذاته ولكـــن لا يتعلق بالاكتئاب، لأننا نعرف أن الاكتئاب نفسه يقلل من الرغبة الجنسية في كثير من الحالات. وربمـــا كـــان ســـبب قلـــة الرغبـــة الجنســـية المرافقـــة للبروجستيرون متأتية من أن البروجستيرون نفسه يؤدي إلى انخفـــاض فـــي هرمون الأندروجين، المسؤول الأول عن تولد الرغبة الجنسية عنـــد المـــرأة والرجل على حد سواء.

وليس من الضروري أن تتوقف المرأة عن تناول حبوب منـــع الحمـــل لغرض علاج اضطرابات المزاج والاكتئاب، فمن الممكن أن تعـــالج الحالـــة

بتناول فيتامين "ب ٦ " "البايريدوكسين" بجرعة مقدارها ٥٠ ملجم في اليـــوم. لأن الهرمونات الموجودة في تلك الحبوب تسبب نوعا من النقص الوظيفي في فيتامين" ب٦ ". وكما أوضحنا في مكان آخر فإن البايريدوكسين يدخـــل فـــي عمليات تصنيع الدوبامين والأدرينالين اللذين يكونان مـــادتين مـــهمتين فـــي استقرار المزاج وتوازن الحالة النفسية.

وهناك بعض النساء تحدث عندهن حبوب منع الحمل رد فعل معـــاكس، أي إنها تخفف عندهن من الاكتئاب ومن الإرهاق العصبي، خصوصا إذا كان مرافقا للدورة الشهرية. ربما كان سبب ذلك هو توقف عملية التبويـــض مـــن جراء منع الحمل بتناول الهرمونات. كذلك فإن تلك الهرمونات تقلل من انتفاخ الجسم وآلام الثدي الذي تعاني منه بعض النساء في الفترة التي تسبق وقـــت الحيض.

والهرمونات طويلة المدى مثل : المدروكسيبروجستيرون "بروفيرا" فقـد لوحظ أنه لا ترافقها عادة أي تغيرات تذكر في المزاج. أما "النوربلانت" فإنـه في بعض الحالات يؤدي إلى الاكتئاب، ولكن ذلك الاكتئاب يزول بعد شـــهر على الأكثر من إزالة الكيس الذي يحتوي على هذا الهرمون.

وأخيرا علينا أن نتذكر عند تقييمنا لأي حالة نفسية عند المرأة، أن أحـد أهم الاحتمالات هو ما يتعلق بتناول حبوب منع الحمل. عند ذلك قد نعالج ذلك بالفيتامينات، أو قد نغير من نوع تلك الحبوب،لأن هناك كم هائل من أنـــواع تلك الحبوب وبجرعات وتركيبات مختلفة كما أوضحنا. أما إذا فشـــلت تلـك المحاولات، فيمكننا التفكير في تغيير وسيلة منع الحمل مـــن الحبـوب إلـــى الوسائل الأخرى.

العلاج غير الدوائي للاضطرابات النفسية في فترة الحمل:

من الطبيعي أن يكون أول خط في علاج المرأة الحامل هو تفادي استعمال الأدوية قدر الإمكان، الى جانب الإقلال من تناول القهوة، وعدم التدخين أو استعمال الكحول. وقد يضطرب النوم أثناء الحمل بصورة متوقعة ومعتادة، ولكن الحرمان من النوم الهادئ كثيراً ما يثير الاضطرابات النفسية أو يزيد من شدة الأعراض النفسية الملازمة لتلك الاضطرابات.

وعندما يوجد المرض أو الاضطراب النفسي أثناء الحمل، يحسن بالطبيب أن يتفادى العلاج بالأدوية. ومن هنا كان استعمال العلاج النفسي بأنواعه مهمًا جداً. وهناك أكثر من طريقة في العلاج النفسي من أهمها العلاج النفسي المعرفي الذي يتخصص فيه على الغالب الأخصائيون النفسيون. كذلك فإن استعمال العلاج السلوكي والتقنيات المهدئة والمسكنة Relaxation Therapy، سوف يساعد كثيراً على استقرار حالة المريضة. كما أن هناك طريقة نادراً ما تستعمل في المجتمعات العربية، وهي العلاج الجماعي للحوامل، الذي يشتمل على اجتماع عدد من النساء الحوامل اللاتي يعانين من نفس المرض النفسي في عيادة المعالج النفسي، ويتبادلن الكلام فيما يقلقهن ويهمهن بشأن سير الحمل وعلاقته بما يشكون منه. وأخيراً علينا ألا ننسى أن إشراك الزوج في العلاج له أهمية كبيرة جداً في توفير الجو العلاجي الصحيح في البيت، حتى يكون الزوج على علم كاف بطبيعة الاضطراب النفسي الذي تعاني منه زوجته. كما أن العلاقة بين الطبيب النفسي وأخصائي الطب النسائي ضرورية جداً لتفادي الوقوع في اختلاطات طبية ودوائية. كما أن التأكد من أن الحامل تتلقى العلاج الصحيح والمتابعة المستمرة من قبل أخصائي الطب النسائي، مهم جداً في العلاج النفسي، لأن الطبيب النفسي عليه

أيضا أن يتأكد من أن مريضته الحامل لا تتعرض لزيادة غير طبيعية في الوزن أو لأي اختلاط من اختلاطات الحمل.

استخدام الأدوية في علاج الأمراض النفسية:

المتعارف عليه طبيا أنه في حالات الحمل يجب أن يتفادى الطبيب قدر إمكانه استعمال أي دواء مهما كان بسيطا. ولكن هناك حالات تبلغ من الخطورة ما لا يمكن تفاديه، فيضطر الطبيب النفسي حينئذ أن يستعمل بعض الأدوية وأحيانا قد يضطر إلى استخدام الصدمة الكهربائية في الحالات الشديدة. وعندما يقرر الطبيب النفسي استخدام العقاقير أو الأدوية أثناء الحمل فإنه لا بد أن يوزان بين احتمال الضرر الناجم من استخدام ذلك الدواء وبين شدة أو خطورة الحالة على المرأة الحامل وتأثير مرضها النفسي على الحمل أو على الجنين نفسه. وإذا توقفت المريضة الحامل عن تناول الأدوية فقد يؤدي ذلك إلى الانتكاسة وعودة المرض. إن المرض النفسي الشديد يؤدي إلى مضاعفات خاصة منها : عدم القدرة على العناية بالنفس وإعطائها حقها من الراحة والتغذية اللازمة لصحة الحامل والجنين. نعم هناك ضرر محتمل على الجنين في حال استعمال بعض الأدوية، ولكن هناك ضرر أكثر على ذلك الجنين من اشتداد مرض الأم أيضا. وفي تلك الحالة يجتهد الطبيب للموازنة بين الاحتمالين، ويختار أخف الضررين. وفي الحقيقة إن عبارة "أخف الضررين" عبارة غير دقيقة وقد تكون غير عادلة أيضا، لأنها تشير إلى أن هناك ضررا أكيدا، والعبارة الأكثر دقة هي "اختيار أخف الاحتمالين للضرر."

والواقع أن عملية الاختيار حتى بالنسبة لأكثر الأطباء علما واطلاعا، ليست بالعملية السهلة. لأن الدراسات الطبية في مجال تأثير العقاقير والأدوية على الجنين والحامل قليلة جدا، ولا تكاد تكفي حتى نستطيع أن نعطي رأيا

سديدا في معظم أنواع الأدوية. ومن غير المعقول أن تتم تجربة طبية على حامل لنرى هل سوف يتأثر جنينها بتناول دواء ما أم لا ؟ ولهذا فجواب معظم الأسئلة عما إذا كان دواء معين سوف يؤثر على الجنين، يكون في الغالب بأن المعلومات المتوافرة لدينا غير كافية لإعطاء جواب كاف. ومن هنا كان الاحتياط الشديد في ما يجب عمله، ولكن ننصح بعدم أخذ العلاج لأن المعلومات المتوافرة غير كافية لإعطاء الجواب الصحيح.

وبسبب عدم إمكانية إجراء أي تجربة أو دراسة على الحوامل بصورة مباشرة، كانت المعلومات المتوافرة في هذا المجال متأتية من دراسة النساء الحوامل اللاتي أصررن على أخذ الدواء على الرغم من التحذير بعدم توفر المعلومات الكافية عنه. ولهذا فإننا نستطيع أن نعطي رأيا في الأدوية القديمة التي كانت تستعمل من سنوات طويلة، لإننا كونا معلومات مهمة من عدد كبير من أولئك النساء اللاتي أخذن العلاج على الرغم من التحذير.

وبصورة عامة يحاول الطبيب أن يوقف العلاجات الدوائية بصورة تدريجية أو مباشرة. والكل يعرف أن العقاقير أو الأدوية التي تؤثر على النمو الطبيعي للجنين تؤدي مفعولها الضار خلال الأشهر الثلاثة الأولى للحمل. ولذا فإن توقف الحامل عن تناول أي عقار في تلك الفترة يعد أمرا كثير الأهمية. إن كثيرا من النساء من يقلقن من حدوث الحمل فجأة وبصورة غير متوقعة بينما تكون المرأة مستمرة في تناول عقار أو دواء ما. والخوف السائد هو أن المرأة سوف تكتشف وجود الحمل فيها بعد فوات الأوان، لأنها كانت قد تناولت ذلك الدواء أثناء الأسبوعين الأولين للحمل قبل اكتشافه.

و لهذا الخوف جواب سهل ومطمئن. وهو أن اكتشاف الحمل عادة ما يكون بعد أسبوعين من تلقيح البويضة من الجماع الذي يحدث في العادة وسط الدورة الشهرية، والنتيجة المتوقعة هو أن المرأة سوف لا تجد دم الحيض في

وقته المعتاد وتشك في وجود الحمل. وإن الجنين خلال الأسبوعين الأولين من تكوينه لا يتأثر بأي دواء، لأنه بكل بساطة لم يكن قد كون الدورة الدموية التي تصله من الأم بعد. ولهذا فإن الدواء المتناول من قبل الأم في أول أسبوعين من تكوين الجنين لا يصل إليه، وبذلك لن يضره. ومن هنا فنحن ننصح أي امرأة تتناول أي عقار ما بأن تتوقف عن تناوله عند توقف أول حيض، ومن ثم نجرى فحصًا للتأكد من عدم وجود الحمل فإذا لم يكن هناك حمل استمرت في تناول العلاج، وإلا فيجب عليها أن تتوقف إلى أن تستشير طبيبها في الأمر.

تأثير الأدوية النفسية على الحمل والجنين:

سوف نبدأ بشرح الأدوية النفسية وطريقة استعمالها أثناء الحمل بمناقشة كل مجموعة من تلك الأدوية على حدة، فنبدأ بمجموعة مضادات الاكتئاب.

مضادات الاكتئاب:

بدأ استعمال مضادات الاكتئاب لأول مرة في الستينيات من القرن العشرين. وكانت مجموعة ثلاثية الحلقات أول مجموعة علاجية للاكتئاب تستعمل في الطب النفسي، ولذلك فإن هناك كماً كبيراً من الخبرة من حيث تأثيرها على الحمل والجنين. ومن الدراسات التي أجريت على النساء اللاتي رفضن أن يوقفن العلاج الدوائي أثناء الحمل،تبين أن المجموعة ثلاثية الحلقات تعد سليمة جداً في تأثيرها على الجنين. أي لم يثبت أن تلك الأدوية تسبب أي ضرر واضح أو تشوه في الجنين. فيما لو أخذت أثناء أو في أول ثلاثة أشهر من الحمل. وعندما تتناول الحامل إحدى مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أثناء الأشهر الأخيرة من الحمل، يكون الجنين متكاملاً ولا يتوقع أن يظهر عليه أي تشوه. ولكن الجنين في ذلك العمر يكون متكوناً إلى درجة

كبيرة، ويكون المخ في درجة من النمو مما يجعله يتأثر بذلك العـــلاج كمـــا يتأثر الطفل الرضيع من تناوله لدواء من أمه عن طريق رضاعـــة الحليـــب منها. ولقد وجد أن بعض الأطفال الذين تعرضوا إلى تناول أمهاتهن إحـــدى عقاقير ثلاثية الحلقات، قد يولدون وهم مصابون بنوع خاص من الأعــراض. فقد يكونون ضعيفي البنية والعضـــلات، أو مضطربـــي المـــزاج، أو قليلـــي الحركة، وتكاسل أو تباطؤ في الحركة. كذلك قد يصابون بالإمساك وأحيانـــاً بحشر البول الناجم عن المضاد للكولين الموجود في ثلاثية الحلقات.

أما مضادات الاكتئاب الحديثة المســـماة ب"ممـــاثلات الســـروتونين" أو "مانعات تكرر رجوع الســوروتونين(Specific Serotonine Reuptake" Blockers) وتختصر بـــ"SSRI"، مثل "البروزاك" فإن المعلومات عنها مـــا زالت قليلة. ولكن عقار "البروزاك" بالذات قد مر على تســـويقه مـــدة كافيـــة تكونت على إثرها خبرة كافيه تعلمنا بأنه سليم خلال الحمل، ولم يثبـــت لـــه تأثير ضار على الجنين أو الأم. كما أن هناك دراسات حديثة أثبتت أن الطفـــل لا يضار إذا كانت أمه تتناول ذلك الدواء لأن الكمية المفرزة في الحليـــب لا تكون بتركيز كاف ومن ثم فلا تـــسبب أي ضرر واضـــح. أمـــا مُمـــاثلات السروتونين الأخرى مثل السر تونين و البايروكستين، والفلوفوكســـامين، أو مضادات الاكتئاب الأخرى مثل الفنلافاكسين أو النيفازدون، فلا توجـــد لدينـــا معلومات كافية إلى الآن حول سلامة استعمالها أثناء الحمل.

أما من ناحية التأثيرات طويلة الأمد لمضادات الاكتئاب المدروسة مثـــل ثلاثية الحلقات ومماثلات السروتونين على الطفل المتعرض لها أثنـــاء حمـــل والدته، فلقد درست مجموعة من تلك الأطفال إلى سن الخمس ســـنوات مـــن العمر. ولقد وجد أن تلك الأدوية سليمة جداً ولم يثبت أن لها تأثيراً ضاراً على مستوى الذكاء، أو مزاج الطفل، أو مستوى نشاطه الحركي، أو قدرته علـــى

التركيز والقراءة، أو سلوكه مع باقي الأطفال أو الكبار. ومن هذا نستنتج أن الضرر الذي يصيب الجنين أو الطفل من عدم معالجة الأم المصابة بالاكتئاب الشديد، يكون أكثر من احتمال ضرر معالجة الأم بمضادات الاكتئاب من مجموعة ثلاثية الحلقات أو البروزاك.

وينتشر في بعض المجتمعات العربية استعمال مجموعة خاصة من مضادات الاكتئاب تسمى بـ"مثبطات مؤكسد المونو أمين". وهي نوع جيد من أنواع مضادات الاكتئاب التي لها خاصية جيدة كمضاد للخوف واضطرابات الهلع أيضاً. ولتلك المجموعة محاذير خاصة في الاستعمال يعرفها الأطباء النفسيون، وفي حالة الحمل لها محاذير أكثر خطورة. إذا استعملت مع الأدوية التي تعطى من قبل أخصائي الطب النسائي للحوامل اللاتي يكون حملهن معرضاً للولادة المبكرة. فهناك نوع من الأدوية التي تسمى ب"توكولايتك" التي تستعمل لتأخير الولادة المبكرة إلى حين وقتها الصحيح. وتلك الأدوية تشكل خطورة كبيرة على الأم فيما إذا أخذت مع مثبطات مؤكسد المونو أمين. وهذا ليس السبب الوحيد لمنع هذا النوع من مضادات الاكتئاب في الحمل، فلقد ثبت أن تلك الأدوية تؤدي إلى تشوهات خلقية في جنين حيوانات التجارب، وهذا يعني أن تمتنع المرأة عن تناوله حتى لا تصبح حقلا للتجارب.

عقاقير معدلات المزاج :

تعد العقاقير المسماة ب "معدلات المزاج"، من أكثر الأدوية استعمالاً في مجال الطب النفسي في وقتنا الحاضر. ومعدلات المزاج تلك تتكون من عدد بسيط من العقاقير، ولكن هذا العدد يزداد كل يوم، فشركات الأدوية تطرح عقاقير جديدة باستمرار. وفي هذا المجال سنتكلم عن ثلاثة منها فقط، لأنها أقدم معدلات المزاج. وهي "اللثيوم"، ثم "الفالبروييت و "التجرتول".

وعقار " اللثيوم" هو دواء مستعمل لهذا الغرض منذ ثلاثين سنة. ولقد ثبت أن اللثيوم يزيد من احتمال إصابة الجنين بتشوه خلقي في القلب سمي باسم مكتشفه العالم "أبستين" ولهذا أطلق عليه مسمى "تشوه أبستين القلبي". ويتسم هذا التشوه بنزول الصمام الثلاثي إلى داخل البطين الأيمن من القلب مما يسبب مضاعفات قلبية معروفة. يزيد اللثيوم من احتمال تلك الإصابة بمقدار عشرة إلى عشرين ضعفاً. وهذا التأثير على القلب يكون مخيفاً لأول وهلة، ولكن لو عرفنا أن احتمال إصابة أي جنين بذلك التشوه هو بنسبة واحد إلى عشرين ألفاً فإن المعادلة تتغير. وهذا يعني أنه في الحالات المعتادة تكون نسبة إصابة أي جنين بذلك التشوه هي بنسبة إصابة واحد لكل عشرين مولوداً فإذا كان اللثيوم يزيد من تلك الإصابة مقدار عشر أو عشرين مرة فاحتمال الإصابة بذلك التشوه في حالة تناول الحامل للثيوم لا تزال أقل من واحد بالمائة. بقي أن نعرف أن هناك أيضاً مشكلات متوقعة أخرى من جراء تناول الحامل للثيوم، وخصوصاً في الأشهر الأخيرة. فقد يؤدي اللثيوم إلى أعراض خاصة يصاب بها الطفل بعد الولادة، منها: ضعف القدرة على عملية الامتصاص ، وضعف عضلات الطفل الرضيع، وانخفاض مستوى السكر في الدم، وانخفاض مستوى الأوكسجين في الدم وأحياناً تضخم الغدة الدرقية. المهم في هذا المجال أن تلك الأعراض لا تستمر مع الطفل طويلاً، فلقد بينت الدراسات طويلة الأمد بتتبع هؤلاء الأطفال إلى عمر خمس سنوات أنه لا يوجد أي تأثير على السلوك والصحة النفسية للطفل من تناول أمه للثيوم أثناء الحمل.

أما معدلات المزاج الأخرى، مثل الفالبروييت و التجرتول، فقد كانت تستخدم لسنوات طويلة في علاج الصرع. ومن هنا كانت الخبرة المكونة منها في مجال كتابنا هذا آتية من الحوامل المصابات بالصرع واللاتي اضطررن إلى تناولها أثناء الحمل. والمشكلة هنا أن مرض الصرع بحد ذاته يسبب

أحياناً بعض التشوهات الجنينية، ولذا يكون من الصعب معرفة ما إذا كان التشوه الموجود نتيجة مرض الصرع نفسه أو من العلاج الذي أعطي. على أي حال لقد تبين أن هناك علاقة ما بين عقار الفالبروييت وبين التشوه الذي يصيب النخاع الشوكي الذي يسمى ب "الانشطار الشوكي(Spina Bifida) " الذي ينتج عن عدم تكامل نمو النخاع الشوكي، وهو بذلك يؤدي حسب شدة الحالة إلى درجات مختلفة من الشلل في أماكن مختلفة من الجسم. فنسبة احتمال إصابة أي مولود بذلك التشوه هي حوالي ٦ حالات من كل عشره آلاف ولادة، فإذا كانت الأم تتناول الفالبروييت، فإن النسبة تزداد إلى حوالي ٩٠ حالة من كل عشره آلاف، أي أكثر من خمسة عشر ضعفاً. أما عقار التجرتول فإنه يزيد من تلك النسبة بمقدار المائة من كل عشر آلاف حالة، أي واحد بالمائة. كذلك وجد أن هناك زيادة في احتمال الإصابة بالتشوهات الخلقية في الوجه والجمجمة، وأحياناً في الأصابع.

مضادات الذهان:

كما هو الحال في معدلات المزاج ومضادات الاكتئاب، هناك من مضادات الذهان الأدوية القديمة والحديثة منها. وما نعرفه عن الأدوية المستخدمة من مدة طويلة هو أكثر بكثير مما نعرفه عن الأدوية المصنعة حديثاً. إن هناك علاقة بين التشوهات الخلقية الولادية والذهان نفسه. فالنساء المصابات بالذهان لأي سبب كان سواء أكان فصاماً أو هوساً أم اضطراباً عقلياً عضوياً، فإنهن في حالة عدم تناولهن لأي دواء، لا زلن معرضات يصاب أطفالهن بالتشوهات الخلقية بنسبة الضعف عن النساء اللاتي لا يتناولن تلك الأدوية. وقد يكون ذلك لأسباب وراثية أو قد يكون لسوء التغذية أو سوء الرعاية الطبية التي تتعرض لها المريضات الذهانيات غير المواظبات على العلاج.

ولمضادات الذهان من مجموعة الفينوثايزين ذات القوة الضعيفة(Law Potency Antipsychotics)، مثل: الملاريل والكلوربرومازين، مفعول يزيد من احتمال إصابة الجنين ببعض التشوهات. ولكن مضادات الذهان ذات الفعالية العالية (High Potency Antipsychotics) مثل: الهالوبريدول أو البرولكسين أو الستلازين، لم يثبت أن لها مفعولا يزيد من احتمال حدوث التشوهات في الجنين. والمعلومات الأخيرة ناتجة من استعمال تلك العقاقير في علاج القيء الناجم من حالات تسمم الحمل أو حالات القيء الشديد المرافق للحمل.

أما ما يمكن أن تسببه مضادات الذهان إذا تناولتها الحامل في أواخر مدة الحمل وبعد أن يكون الجنين كامل التكوين، فإنها تكون مؤقتة ولمدة لا تزيد عن عدة أشهر. ومن تلك الأعراض أن يكون الطفل ضعيف العضلات، مضطرب المزاج، ويبكي كثيراً، وذا ردود فعل انعكاسية قوية وعالية، ويعاني من صعوبة في التغذية، وقد يصاب الطفل باضطرابات حركية غير إرادية، وإذا كان العلاج بمادة كلوربرومازين، فقد يصاب الطفل بالصفار. ولم يظهر أو يثبت إن أياً من تلك الأعراض تسبب أضراراً بعيدة المدى، أو أي اضطرابات سلوكية أو مزاجية في المستقبل.

وفي مجال الكلام عن مضادات الذهان، يكون الحديث عن الأدوية التي تستخدم في علاج الأعراض الجانبية لمضادات الذهان. وتعطى عادة لعلاج الأعراض العضلية لمضادات الذهان التي تسمى بـ"الأعراض الهرمية الخارجية"، وتأتي على شكل تشنجات أو تصلبات عضلية. منها: عقار "الكوجنتين" وعقار "الآرتين" والأمانتدين". ولقد لوحظ أن هناك زيادة خفيفة في نسبة التشوهات الخلقية، في حالة تناول المرأة الحامل أحد تلك العقاقير لتفادي الأعراض الجانبية. تلك التشوهات تأتي على شكل مسخ شكلي في بعض أعضاء الجسم، كذلك قد ينتج تشوه في القلب في حالة تناول عقار

"الأمانتدين". وإذا أخذت تلك العقاقير في الأشهر الأخيرة من الحمل، فإنه من المتوقع أن تحدث للمولود أعراض جانبية كالأعراض الجانبية للعقاقير نفسها. وفي خلال الأشهر الأخيرة للحمل يكون الجنين كامل النمو تقريباً فيتأثر بأي دواء وكأنه طفل صغير رضيع. وفي مثل تلك الظروف يأتي المولود المتعرض لعقاقير مثل الكوجنتين أو الآرتين وهو يعاني من بعض الإمساك وأعراض معوية أخرى، أو من حشر البول، أو في أحيان نادرة انسداد في الأمعاء.

عقاقير البنزوديازيبين:

عقاقير البنزوديازيبين اشهرها "الفاليوم"، و"الأتفان"، و"الزانكس"، و"الريفوتريل" وغيرها. وهناك بعض الدراسات التي تفتقد الأدلة القوية تشير إلى أن تلك العقاقير تزيد من احتمال الإصابة ببعض التشوهات الخلقية في الفم والشفتين، وذلك في حالة تناول الحامل تلك الحبوب في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. كذلك هناك من يدعي أن هذه المجموعة قد تؤدي إلى التأخر في النمو العقلي والبدني. وإذا أخذ العقار في الأشهر الأخيرة فإنه يسبب ارتخاء العضلات، واضطراباً في درجة حرارة المولود أو صفاراً، وأحياناً عدم انتظام التنفس. ولكن تلك الحالات تعد نادرة جداً، ولا تأتي إلا من الزيادة الكبيرة في الجرعة. ولم يثبت على أي حال أن هناك أضراراً بعيدة المدى على الطفل من استعمال البنزوديازيبين.

الصدمة الكهربائية :

لأول وهلة قد يبدو أن استخدام الصدمة الكهربائية أثناء الحمل علاج غير معقول. ولكن الصدمة الكهربائية تعد علاجاً سليماً إذا أجريت بطريقة صحيحة. والطريقة الصحيحة هي أن يتم علاج الصدمة من خلال تعاون تام بين ثلاثة من الأطباء، وهم: الطبيب النفسي، وطبيب التخدير، وأخصائي

الطب النسائي. وبصورة عامة يتفادى أكثر الأطباء النفسيين العلاج بالصدمة أثناء الحمل، ولكن هناك حالات نادرة قد يكون استخدام ذلك النوع من العلاج فيها واجباً أو مفضلاً. فالصدمة الكهربائية تكون العلاج الحسن والمفضل في حالات الاكتئاب الذهاني الشديد، وكذلك في حالات الهوس الشديد الذي قد يهدد حياة المريضة أو حياة الآخرين.

وعلى طبيب التخدير أن يضع رجلي المريضة في وضع عال نسبياً، حتى يحافظ على سير الدورة الدموية إلى المشيمة. كما يجب أن يكون سير الأوكسجين قوياً إلى المريضة ويتفادى استعمال مادة "الأتروبين" أثناء التخدير حتى لا تذهب إلى قلب المولود وتسبب تباطؤاً في دقات قلبه. ويستخدم بدلاً من "الأتروبين" مادة أخرى "مضادة للكولين". وهي مهمة أثناء التخدير، لأنها تجفف المجاري التنفسية وتقلل من إفرازات المعدة وتمنع التقيؤ، وكل تلك التأثيرات مهمة حتى نمنع تسرب السوائل من المعدة إلى الرئة وهي سوائل لها اختلاطات خطيرة جداً على حياة المريضة.

ملاحظات في علاج الاضطرابات النفسية أثناء الحمل:

الاكتئاب:

إن نسبة انتشار الاكتئاب بين النساء الحوامل يصل إلى حوالي العشرة بالمائة، وهي نفس النسبة بين النساء غير الحوامل. وتتعرض النساء الحوامل إلى الاكتئاب لأسباب عديدة، منها: أن تكون صغيرة في السن، أو تكون مطلقة، أو لا يوجد لها سند من الأهل، وكذلك كثرة الأطفال مما يعرض الحامل إلى الاكتئاب بنسبة أكبر من الحامل ذات العدد الأقل من الأطفال. ومن ناحية أخرى فإن الاكتئاب أثناء الحمل له خطورته على المرأة والجنين معاً. فالاكتئاب يجعل الحامل غير مهتمة بمتابعة الحمل مع الطبيب وقليلة

العناية بالجنين، مما يعرضه إلى سوء التغذية وفقر الدم. كما أن الاكتئاب المصاحب للحمل يجعل احتمال إصابة المرأة باكتئاب ما بعد الولاذة أعلى بنسبة ثلاث مرات من لاحتمال الإصابة به عند عدم وجود الاكتئاب.

وكما هو الحال في علاج الاضطرابات النفسية الأخرى أثناء الحمل يختار الطبيب أخف الأضرار التي يمكن احتمالها. فإذا كان الاكتئاب خفيفاً وبسيطاً فعلينا بالعلاج غير الدوائي، كاستعمال العلاج النفسي، أو العلاج النفسي المعرفي والراحة ومحاولة تغيير الظروف القاسية المحيطة بالمرأة. أما إذا كان الاكتئاب أشد نسبياً فيمكن استعمال مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو عقار البروزاك، لأن هذه الأدوية مجربة أكثر من غيرها وثبتت سلامتها نسبياً. وهناك ملاحظة يجب ألا تفوت على الأطباء، وهي: أن الدواء المعطى للمرأة الحامل يجب أن يكون بجرعات أعلى نسبيا من غير الحامل. لسببين، الأول: أن هناك كمية أكبر من السوائل في جسم المرأة الحامل يخفف من تركيز العلاج، والسبب الآخر هو: أن الكبد يكون أكثر نشاطا في فترة الحمل وبذلك فإنه يهضم الأدوية بصورة أسرع ويقلل من تركيزها في الدم. كذلك من الممكن أن ندرس إمكانية إعطاء الصدمة الكهربائية، إذا كانت الحالة شديدة، مثل حالات الاكتئاب الذهاني التي من الممكن أن تؤدي إلى حالة من الإغماء(Depressive Stupor).

الهوس الاكتئابي (اضطراب ذات القطبين):

لا توجد كثير من الدراسات العلمية عن تأثير مرض الهوس الاكتئابي على الحمل. ولكننا نعرف أنه لسبب ما فإن عدد المريضات اللاتي يدخلن المستشفيات بسبب هذا المرض يقل نسبيا أثناء الحمل. هل هذا يعني أن للحمل تأثيرا إيجابيا ومفيدا في هذه الحالات ؟ ليس هذا بأكيد ولكن ربما كان اضطرار الحامل لأن تذهب إلى أخصائي طب النساء يفيد في السيطرة على

مرض الهوس أيضاً. لأن المتوقع أن يستشير أخصائي الطب النسائي عندما يعرف أن المريضة الحامل مصابة بداء الهوس، الطبيب النفسي الذي بدوره سوف يتابع الحالة بصورة أكثر جدية.

ونحن نعرف كما أوضحنا من قبل أن مجموعة الأدوية المسماة ب "معدلات المزاج" (اللثيوم، الفالبروييت، و التجرتول) كلها تقريباً، تزيد من احتمال الإصابة ببعض التشوهات الخلقية في الجنين. ولكن هذه الزيادة كما قلنا علينا أن نقارنها بمقدار الضرر الذي سينتج من جراء توقف العلاج. وبمراجعة ما بيّنا أعلاه، نجد أن الخطورة التي يتعرض لها الجنين من جواء عدم أخذ الأم للعلاج هي أكثر من الخطورة التي يتحملها فيما لو استمرت عليه. فلو توقفت المريضة عن العلاج الدوائي، فإنها معرضة لعودة المرض، و إذا عاد المرض فإن الأم والجنين معرضان إلى الخطورة. والخطورة التي تتعرض لها الحامل المصابة بمرض الهوس كبيرة، إذ تشمل حالة اللامبالاة الشديدة التي ستكون المريضة معرضة لها، ومنها: إهمال الأم طبيب النساء للتأكد من صحة الجنين، والأشد من ذلك أن المريضة بالهوس قد تمر بحالة ذهانية أو جنونية شديدة، قد تؤذي أو تصيب الضرر من خلالها لنفسها أو لجنينها.

وإن اختيار أحد معدلات المزاج من اللثيوم أو التجرتول أو الفالبروييت، يتم باختيار الأقل احتمالاً لتسبب التشوه الخلقي، إلا في حالة أن أحداً من تلك الأدوية كان بالتجربة لنفع المريضة. وبمراجعة احتمالية الإصابة بالتشوهات الخلقية، نجد أن اللثيوم أخف خطورة من الدواءين الآخرين. ولذا فإنه في حالة الحمل يعد العلاج الأول. وبما أن للثيوم أعراضاً جانبية معروفة فعلينا أن نعطيه بأقل جرعة فعالة ممكنة. كذلك يفضل أن يستعمل وفق جرعات صغيرة مكررة طول اليوم، حتى نتفادى الارتفاع العالي المؤقت لمستوى

الليثيوم في الدم. وعلينا أن نتذكر أن الحمل مصحوب بزيادة في كمية السوائل في الجسم وارتفاع في نشاط الكلى، وهذا يعني أن علينا أن نقيس مستوى الليثيوم في الدم بصورة مستمرة ومتعددة، كما علينا أن نزيد الجرعة قليلاً حتى نصل إلى مستوى في الدم يعادل أقل مستوى علاجي مقبول. ولنفس السبب فإن علينا أن نخفض الجرعة إلى مقدار النصف أو الثلث، قبل الولادة بأسبوع أو أسبوعين، وذلك لتفادي التسمم الذي يمكن أن يحدث من جراء الارتفاع المفاجئ في مستوى الدواء في الدم بعد الولادة. ويحدث هذا الارتفاع المفاجئ بسبب النقص الكبير الذي يطرأ على سوائل جسم الحامل بعد الولادة، ورجوع وظيفة الكلى إلى المستوى الذي كان عليه. كذلك يجب ألا ننسى أن لنا خياراً آخر وهو استعمال الصدمة الكهربائية، التي تكون سليمة على الأم والجنين معاً فيما لو أجريت بصورة صحيحة.

ويمكن معرفة ما إذا كان الجنين مصاباً بتشوه "الانشطار الشوكي"، أم لا، وذلك بقياس مادة معينة في السائل الأمنيوني في الجنين بعد الأسبوع السادس عشر من عمره، واسم تلك المادة "الفافيتوبروتين"، التي تزداد في حالة إصابة الجنين بذلك التشوه. وينصح كذلك بإعطاء الحامل فيتامين حامض الفوليك، الذي من شانه أن يقلل من نسبة الإصابة بتشوه الانشطار الشوكي فيما إذا أعطي خلال الأسابيع الأربعة قبل الحمل، ويفضل أن يكون مخططاً له. كما يجب أن يستمر إعطاء ذلك الفيتامين إلى نهاية الحمل.

الفصام:

للحمل تأثير غير متوقع على سير مرض الفصام. فهناك من النساء المصابات بالفصام من تتحسن حالتها، وهناك من الفصاميات من تتدهور حالتها، وذلك لأسباب غير معروفة. وبغض النظر عن سير الحالة تحتاج الحامل المصابة بالفصام إلى عناية خاصة ومركزة أثناء الحمل. لأن إهمال

الفصام الشديد وتركه بدون علاج يؤدي إلى مضاعفات خطيرة، منها مثـــلاً: الإساءة إلى الجنين وإلحاق الأذى به، وقد يؤدي ذلك إلى محاولة الأم المصابة بالفصام قتل طفلها بعد الولادة. ومن المتوقع أن تكون المصابة بالفصام غــير قادرة على الاستمرار الدقيق في متابعة طبيب النساء والولادة ولذلك تســـوء حالتها بصورة عامة، وتتعرض إلى مضاعفات الحمل والولادة المتعددة. بــل في بعض الأحيان لا تستطيع تلك المرأة أن تميز ألم المخاض، فقد لا تشـــعر به لأن الفصام يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض كبير في الحساسية للألم، أو قد تشعر بألم الولادة ولكنها لا تميزه كعلامة مـــن علامـــات الـــولادة. إن مشكلات المرأة الفصامية لا تنتهي بالولادة، فبعض الفصاميات لا يســـتطعن تربية الطفل أو القيام بمهام تربيته، فإذا كان للأب الإمكانيات لتوفير المربيـــة الكفؤة ، كان ذلك أحد الحلول، وإلا فقد تقوم إحدى القريبات بـــهذه المهمـــة. وفي المجتمعات الغربية كثيرًا ما يكون المولود هدفاً للتبني أو يكـــون تحـــت ولاية الدولة .

وعندما ننظر خطورة ما يمكن أن تتعرض له الحامل المصابة من جراء إهمال العلاج، نرى أن العلاج الكافي لحالة الفصام لا يتوقف علـــى الأدويـــة فقط. بل ويبدأ العلاج بتقييم الحالة تقييماً جيداً والتأكد من أن الحامل لا تتناول أدوية أخرى أو مواداً مخدرة. ومن ثم يجب تقييم حالتها الاجتماعية والعائليـــة ومعرفة ما إذا كانت هناك ضغوط اجتماعية أو عائلية أو أي ضغوط نفســـية أخرى على المرأة الحامل. كما يكون التعاون مع الطبيب أو الطبيبة أخصـــائي الطب النسائي مهم جداً.

ويبدأ العلاج باختيار أهون الحلول، فيحاول في البداية ألا يعطى المـــرأة الحامل أي علاج خلال الثلاثة الأشهر الأولى من الحمل. فإذا كان ذلك غـــير ممكن لاشتداد الحالة يفضل أن يعطى لها مضادات الذهان ذات الفعاليـــة، لأن

احتمال إحداثها الضرر بالجنين أقل من مضادات الذهان ذات الفعالية الضعيفة. وبعد ذلك نحاول أن نتفادى استعمال الأدوية التي تخفف من الأعراض الهرمية الخارجية، لأنها أكثر احتمالاً لإحداث التشوه من مضادات الذهان، فإذا ظهرت تلك الأعراض فيفضل أن تقلل الجرعة، وإذا لم تظهر رجعنا إلى مضادات الذهان ذات الفعالية الضعيفة. ويمكن استعمال "البندريلي" كعلاج للأعراض الجانبية بدلاً من الكوجنتين، لأن هناك دراسات تشير إلى سلامة استعماله أثناء الحمل.

اضطرابات القلق :

تنقسم اضطرابات القلق إلى ثلاثة أنواع من الاضطرابات: اضطراب القلق العام، واضطراب الخوف الهلع،واضطراب الوساوس القهري.ولا يعرف إلا القليل عما يجري في اضطراب القلق العام أثناء الحمل، ولكننا نعرف أنه لسبب ما، تتحسن حالة كثير من النساء المصابات باضطراب الهلع، ومع أن البعض منهن تسوء حالتهن مع الحمل. أما اضطراب الوسواس القهري فإنه في الغالب يزداد سوءاً وتدهوراً أثناء الحمل.

وهناك كثير من العوامل النفسية والعائلية والاجتماعية تؤثر على حالة القلق المصاحب للحمل. فهناك القلق حول التغير الذي يحدث في حياة الحامل ووضعها الاجتماعي مع الحمل والولادة، وما سوف يحدث لحياتها إذا كانت تعمل ومسؤولياتها الجديدة تجاه زوجها وعائلتها. كما أن هناك أعراضاً مشتركة بين ما يحدث بصورة فسيولوجية طبيعية في الحمل وما تسببه أعراض القلق. من ذلك أنه تزداد سرعة نبضات القلب وتزداد درجة التنفس الرئوي. ومن ناحية أخرى فنحن نعلم أن هرمون البروجستيرون تزداد نسبته كثيراً أثناء الحمل، ولكن المهم هنا أن البروجستيرون يؤثر على المستقبلات المسماة ب "جابا" (حامض الجاما أمينو بيوتيرك)، وهي نفس المستقبلات التي

تسبب الهدوء، وهذا يعني أن هناك مادة طبيعية هي البروجستيرون لها تأثير مهدئ نوعاً ما.

ونحاول قدر إمكاننا ألا نستعمل العلاج الدوائي في كل حالات القلق. فهناك مثلاً العلاج النفسي المعرفي الذي ثبتت فعاليته في علاج القلق العام و اضطراب الخوف وحتى الوسواس القهري. كما يساعد المريضة المصابة بالقلق التقليل من شرب القهوة والامتناع عن التدخين، ومحاولة التقليل من الضغوط النفسية وحل المشكلات العائلية والزوجية عن طريق العلاج النفسي العائلي والزوجي.

أما إذا اضطررنا إلى العلاج الدوائي، فإن أسلم الطرق هي استعمال مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو "البروزاك"، ونحن نعلم أن مضادات الاكتئاب بصورة عامة تعالج اضطرابات القلق أيضا. أما مجموعة البنزودايازبين، فقد نضطر إلى استعمالها في أوقات معينة ولوقت معين عند اللزوم وليس كعلاج مستمر. وفي مثل هذه الحالة فيفضل استعمال عقار "اللورازبام" المسمى أيضا "أتفان"، لأنه لا يحتاج إلى أن يستقلب في الكبد وتتكفل الكليتان بإخراجه من الجسم، كما أن قدرته على تخطي الدورة الدموية من الأم إلى الجنين أقل بكثير من العقارات الأخرى من مجموعة البنزودايازبين. وكما وضحنا في السابق فإن لمجموعة البنزودايازبين خاصية احتمال تشوهات الفم، ولذا يجب ألا تعطى في الأسابيع من ٦ إلى ٩ من الحمل وهي المدة التي يغلق فيها تجويف سقف الفم. وأخيرا إذا كان لا بد من استعمال عقار من هذه المجموعة في الأشهر المتأخرة من الحمل فيستحسن استعمال "الكلونازيمام" الذي يسمى أيضا "الرفوتريل" أو "الكلونبين"، وذلك لأنه ذو عمر طويل نسبيا في الجسم و يخرجه الجسم بصورة بطيئة

فيكون أخف تأثيراً على جسم الطفل بعد الولادة لتفادي الأعراض الانسحابية التي تسببها عادة مجموعة البنزودايازبين.

مرض فقدان الشهية العصابي :

إن فقدان الشهية العصابي من أشد الاضطرابات النفسية ضرراً على الحمل وذلك لكون المريضة معرضة إلى كثير من المخاطر التي يسببها هذا المرض. فقد تصاب الأم بسوء التغذية وانخفاض أو ارتفاع ضغط الدم، أو الاكتئاب، أو التأخر في نمو الطفل، أو تخلفه العقلي، وأحياناً التشوهات الخلقية في الجنين.

وأكثر النساء ممن يعانين من اضطرابات الأكل بصورة عامة غير قادرات على الحمل أحيانا كثيرة، وذلك لتأثر الهرمونات الأنثوية بسوء التغذية والجوع. ومن هنا يستحسن حثهن على عدم الحمل والمواظبة على تناول موانع الحمل. وذلك للأسباب التي أوضحناها ولكن فيما إذا حدث ذلك فمن الناحية العلاجية فإن أسلم علاج هو من مجموعة ثلاثية الحلقات أو البروزاك، التي يمكن أن تحسن الحالة وهي مجربة و تعد أسلم العلاجات النفسية المتوفرة.

المواد المخدرة أو المنشطة وتأثيرها على الحمل:

قد لا تكون الاضطرابات التى تسببها المواد المخدرة أو المنشطة، وتأثيرها على المرأة مشكلة كبيرة في المجتمعات العربية لقلة أعداد من يتناولن المخدرات وإن كانت هذه النسبة بدأت في التنامي مؤخرا لانفتاح المجتمعات العربية على العالم ووجود عوامل أخرى لا مجال لذكرها هنا بحكم تخصص الكتاب. ففي المجتمع الأمريكي مثلا تشكل النساء اللاتي يعانين من الإدمان الكحولي أو المخدرات بمختلف أنواعها، حوالي الخمسة

بالمائة. ولكننا نشير إلى هذا الموضوع باختصار وذلك لانتشاره في المجتمعات الغربية وليكون موضوعنا مكتملاً حسب الإمكان.

النيكوتين أو التبغ :

يعد الإدمان على النيكوتين أحد أنواع الإدمان من الناحية الطبية، وهو لا يدخل في الإحصائيات الرسمية كمخدر. ولكن للنكوتين تأثيرًا على الحمل لأنه يزيد من احتمال الإصابة ب " لختلاف وضع المشيمة" أو انفصال المشيمة" أو الإجهاض أو صغر حجم أو وزن المولود، أو الولادة المبكرة. كما أن هناك دلائل على أن الأطفال المولودين من النساء المدخنات يكونون أقل ذكاءاً من غيرهم .

الكحول:

للكحول مضار كثيرة، وسوف نعرض ما له علاقة مباشرة بالحمل والجنين. والكحول يسبب سوء التغذية كما نعلم ويقلل من مستوى الفيتامينات في الجسم، كما أن مادة "الاستيالدهايد" الناتجة من استقلاب الكحول، وهي مادة سامة وتؤثر بصورة مباشرة على نمو خلايا الجنين. ومن هنا كان تكون المرض المعروف بـ"متلازمة الكحول والجنين (Fetal Alcohol Syndrome)" وهناك حالة أخرى تسمى "متأثرة الكحول والجنين (Fetal Alcohol Effect)". الأول يسبب العديد من التشوهات على الجنين، منها ضيق فتحة العين، وصغر الفك الأسفل، وصغر أو اختفاء الخطين في جلد فوق الشفة العليا، والأهم من ذلك هو التخلف العقلي الخفيف، أو قلة في الذكاء وضعف في العضلات. كما أن الطفل المصاب غالبا ما يصادف مشكلات في سن الدراسة مثل عدم القدرة على الانتباه والتركيز، مع الحركة الشديدة والنشاط الزائد. أما الطفل الذي يصاب ب "متأثرة الكحول والجنين" فقد

يتعرضن لتشوهات أخف مثل الحول في العين، أو انخفاض العيـن، أو دوران في الأذنين، أوصغر في الشفتين أو نفحة في القلب وربما كانت هناك فتحـة صغيرة في الحاجز القلبي، كما قد تتكون تشوهات فـي الصـدر والأوعيـة الدموية.

والمعروف أن تناول الكحول بكمية تعادل كأسًا من الويسكي يومياً، قـد تسبب المتلازمة الكحولية. كما أن شرب أي كمية غير محددة مـن الكحـول تعرض الجنين إلى المتأثرة الكحولية التي سبق ذكرهـا. بالإضافـة إلـى أن الكحول قد تسبب "انفصال المشيمة" وصغر حجم الجنين، وحتى موت الجنيـن أثناء الولادة.

الكوكـائـين:

مادة الكوكائين مادة مسممة معروفة. إلا أن تأثير الكوكائين على الدورة الدموية للحامل سوف يكون مباشرًا على الجنين. يسبب ارتفاع ضغـط الـدم وقلة سير الدم في العروق وبالتالي قلة وصول الدم إلى المشيمة ومن ثم قلـة وصول الدم إلى الجنين. كما يسبب الكوكائين تشوهات في المجاري التناسـلية والبولية للجنين. واضطراباً في دقات قلبه. كما تؤدي هذه المادة إلى انفصـال المشيمة، أو تخلف نمو الجنين، أو الولادة المبكرة قبل نمو الجنيـن بصـورة كاملة.

وقد يسبب استخدام الكوكائين أثناء الحمل آثاراً طويلـة المـدى علـى المولود. منها: اختلافات سلوكية واضطرابات نفسية على الطفل وعلى مـدى سنوات قد تصل إلى سن المراهقة، وأحياناً إلى عمر غير محدود.

الأفيـــون:

الأفيونات بجميع أنواعها تؤدي إلى مشـــكلات كثـيرة فـي المـرأة والطفل. ففي المرأة قد تسبب الأفيونات الولادة المبكرة، أو انفصال المشـيمة، أو تلوث السائل الأمنيوني الذي يسبح فيه الجنين وبالتالي تحـدث الالتـهابات الجنينية أو موت الجنين أثناء الولادة. كذلك يؤثر تناول الأفيون فـي الطفـل ويسبب تأخرًا في نموه، وصغر حجم و وزن الجسم، والأهم من ذلـك هـو صغر حجم الرأس و قلة الذكاء، وفي بعض الأحيان موت الطفل الفجائي. كما أن الأفيونات تسبب نوعاً من الإدمان في الجنين نفسه. فالطفل قد يولد وهـو مدمن، ومعنى ذلك إنه سوف يعاني من الأعراض الانسحابية. والأعـراض الانسحابية تلك تتمثل في التعكير الشديد في المزاج، و صعوبة فـي تنـاول الغذاء والحليب، والرجفة والارتعاش في الجسم، والتعـرق والصعوبـة فـي التنفس.

الحشـيش:

يسبب تدخين الحشيش تجمعا في كمية أول أوكسيد الكـاربوْن فـي الجسم، وهذا يعني أن ذلك سوف يؤدي إلى عرقلة الأوكسجين وعدم وصولـه إلى دم الجنين. وإلى الخفقان الشديد في قلب الأم وارتفاع ضغط الدم، ونقـص في وصول الدم الكافي إلى الجنين.

الاضطرابات النفسية في النفاس :

تعد أوقات النفاس من أكثر الفترات الحرجة للمرأة، وهي المـدة مـن الولادة حتى ستة أشهر بعد الوضع، وفي بعض الأحيان تستمر فترة النفـاس إلى ١٢ شهرا. وفترة النفاس تقسم عادة إلى مرحلتين:

١- فترة النفاس المبكرة، وهي من أول يوم للولادة حتى ٤ أسابيع.

٢- فترة النفاس المتأخرة وهي من ٤ أسابيع إلى ٦ أشهر وأحياناً إلى ١٢ شهراً.

وتعد الاضطرابات النفسية أثناء فترة النفاس من أكثر المشكلات الصحية التي يهتم بها العاملون في مجال صحة المرأة بصورة عامة والصحة النفسية بصورة خاصة، من أطباء نفسيين و أخصائيين في الطب النسائي. لأن صحة المرأة في هذه المرحلة لا تنحصر في نفسها فحسب بل تتعداها إلى صحة الطفل أيضاً.

وتنقسم اضطرابات النفاس النفسية إلى ثلاثة أنواع:

١-حزن النفاس،.(Post Partum Blues)

٢- اكتئاب النفاس،.(Post Partum Depression)

٣- اكتئاب النفاس الذهاني،.(Post Partum Psychosis)

حزن النفاس:

هي أقل الاضطرابات النفسية خطورة عند المرأة، ولكنها أكثرها ذيوعا. وهي فترة اضطراب مؤقت تظهر عادة في أول يوم من النفاس إلى بعد أسبوعين من الولادة. وقد تستمر هذه الحالة إلى فترة مؤقتة لا تزيد عن الأسبوعين. وتظهر أعراض هذه الحالة في: الميل إلى البكاء بسهولة، وتقلب المزاج، وقد يكون ذلك مصاحبا باضطراب في المزاج أو حالة من العصبية والقلق النفسي، وأحيانا الأرق وصعوبة النوم.

وتصيب هذه الحالة نسبة كبيرة من السيدات قد تصل إلى ٨٠ % من كل الأمهات في فترة الولادة الأولى. وتقل نسبتها بشكل ملحوظ في الولادات التالية. فيما تشير بعض الدراسات إلى أن النساء اللاتي يتعرضن إلى اضطرابات المزاج المرافقة للدورة الشهرية يكن أكثر تعرضا للحزن في فترة النفاس. كما لوحظ أن نسبة الإصابة بحزن النفاس عالية جدا وهي بذلك تعد

حالة شبه طبيعية لانتشارها الواسع. وهذه الحالة من الفترات الطبيعية التي تمر بها بعض النساء، ومن الحالات المؤقتة التي قد لا تحتاج إلى علاج معين. وربما كانت هذه الحالة ناتجة من مشقة الوضع والآلام الجسدية المصاحبة للولادة. والشعور بالأمومة لأول مرة، والقلق المصاحب لمسؤولية رعاية مولود جديد.

وفي الغالب لا يحتاج هذا النوع من الاضطراب إلى أكثر من الجلسات النفسية والدعم النفسي كعلاج. وقد لا يتعدى العلاج أكثر من مشاركة الزوج والأهل في الدعم النفسي للمرأة النفساء. ويعد التثقيف الصحي أثناء الحمل من الأمور المهمة لتهيئة الأم لأول مرة للتعامل مع المولود.

وقد يستمر حزن النفاس إلى أكثر من أسبوعين، أو في أحيان نادرة يتحول إلى حالة شديدة تتبلور على شكل اكتئاب حقيقي. ويحدث ذلك عادة عند النساء اللاتي عندهن استعداد وراثي للاكتئاب أو كن مصابات بالاكتئاب في فترات مضت قبل الحمل.

اكتئاب النفاس:

يحدث اكتئاب النفاس عادة بعد الولادة بأسبوعين وعلى الأغلب بعد أسبوعين أو أربعة أسابيع من الولادة. وفي هذه الحالة يعرف الاكتئاب ب"اكتئاب النفاس المبكر". وقد يظهر بين أربعة أسابيع إلى ستة أسابيع وأحياناً يستمر إلى اثنى عشر شهراً. وتبلغ نسبة الإصابة بين النساء النفساوات بهذه الحالة حوالي العشرة بالمائة، وتتراوح نسبتها حسب الإحصائيات المختلفة في العالم من ٨% إلى ١٥%. فيما ترتفع هذه النسبة بين النفساء في البلاد والمجتمعات التي لا تجد المرأة فيها الرعاية الصحية العامة بعد الولادة. وتكون هذه النسبة منخفضة بصورة ملحوظة في المجتمعات المتقدمة التي تتوافر فيها الرعاية الصحية النفسية للنساء بشكل عام.

ومن الطريف أنه كان هناك اعتقاد سائد في المجتمعات البدائية وهو أن هذه الحالة متعلقة بالرضاع، وأن الحليب هو السبب الرئيس في ظهور "الجنون" عند المرأة. حتى أن أحد أساليب العلاج كانت تعتمد على أن تشبوب المرأة حليبها اعتقاداً بأنه سوف يخلص العقل. ومما يزيد المشكلة تعقيداً في مجتمعات العالم الثالث أنه في بعض الأحيان تكون صحة الطفل أهم من صحة أمه خصوصاً إذا كان المولود ذكراً. ولا شك أن تقديم صحة الطفل على صحة الأم يؤدي أحياناً إلى عدم الاكتشاف المبكر للاكتئاب النفاسي، وهذا يعني أن الاكتئاب لا يكتشف حتى تظهر الأعراض الشديدة أو المضاعفات الخطيرة مثل إيذاء الطفل، مما يشكل خطورة مباشرة على الطفل. ولتوعية الأم أو الزوج أو الأهل بصورة عامة، تلجأ الكثير من المؤسسات الطبية في العالم إلى تنظيم دورات تثقيفية وحملات توعية لاكتئاب النفاس الذي يؤثر سلبياً لا على الأم فحسب بل على الطفل و نموه العقلي والعاطفي، وعلى علاقات أفراد الأسرة وخاصة الزوج.

وبعض الدراسات بينت أن ١٣% من السيدات المصابات باكتئاب النفاس قد تصاحبهن أعراض ذهانية من ضلالات خاصة نحو المولود والخوف الشديد عليه من أن يتعرض لأذى في الحياة مما قد يؤدي بالأم إلى قتل المولود. ونسبة ضئيلة (أقل من ١%) من النساء حديثات الولادة يصبن بهذا النوع من الاكتئاب الذي يسمى ب" **الاكتئاب الذهاني للنفاس**."

ومن المهم جداً الاهتمام باكتئاب النفاس نظراً لتأثيره السلبي على صحة الأم وعلى الأسرة عموماً وكذلك على نمو العاطفة والمعرفة عند الطفل.

العوامل التي تساعد على ظهور اكتئاب النفاس:

تبيّن أن المرأة التي تعاني من لكتئاب في فترة ما من فترات حياتها تكون عرضة بنسبة ٢٥% للإصابة باكتئاب النفاس أكثر من عامة النساء،

وتزداد هذه النسبة إلى ٣٥% إذا ظهر الاكتئاب في مراحل الحمل الأولى. كما ترتفع النسبة إلى أكثر من ٥٠% إذا أصيبت به المرأة في فترة نفاس سابقة، ويعد هذا العامل الأكثر أهمية في معرفة معدل الانتكاسة في فترات النفاس القادمة.

وقد اتضح أن ضغوط الحياة المتراكمة وفقدان الدعم الأسري خاصة من الزوج هو من أهم العوامل للإصابة باكتئاب النفاس في الدول الغربية حيث تعد الإصابة باكتئاب النفاس مرتفعة نوعاً ما بين الأمهات للمرة الأولى بدون وجود الأب حيث إن على الأم العودة مبكراً إلى العمل لتأمين احتياجاتها واحتياجات المولود.

وتلجأ بعض هذه المجتمعات إلى إيجاد بديل اجتماعي عن طريق جمعيات الخدمة الاجتماعية لرعاية الأم ووليدها تحت الإشراف الفني أو ظاهرة التبني إذا رغبت الأم في ذلك.

مسببات اكتئاب النفاس:

لم يتوصل الطب النفسي أو الطب النسائي إلى اكتشاف السبب الحقيقي والمباشر لاكتئاب النفاس. وقد يكون هناك سبب واحد معين لم يعرف بعد مع أسباب أخرى مساعدة وبذلك يكون اكتئاب النفاس متعدد الأسباب، وهناك أسباب معروفة وهناك أسباب لم تكتشف بعد. ولكن هناك بعض من العوامل المعروفة مرتبطة بهذه الحالة، ومن شأن تلك العوامل أن تكون أسباباً مساعدة لتكون تلك الحالة أو أن تكون أحد أسبابه. وتنقسم تلك العوامل إلى نوعين: الأسباب أو العوامل العضوية والعوامل أو الأسباب غير عضوية.

الأسباب غير العضوية لاكتئاب النفاس:

أولا: سن الأم: تبين أن هناك علاقة بين صغر سن الأم وحدوث اكتئاب النفاس. إلا أن بعض الدراسات لم تؤكد ذلك بصورة واضحة. وقد وجد أن أفضل سن للإنجاب هو من ١٨ إلى ٢٥ سنة. ومع ذلك فإن الأمهات في عمر أقل من ١٥ سنة يكن أكثر عرضة للإصابة من غيرهن. وهناك عدة عوامل تفسر تلك الظاهرة، منها: فقدان الخبرة والقدرة عند الأم صغيرة السن حديثة الولادة. وفي المجتمعات الغربية يتمثل ذلك بظاهرة حمل المراهقات بدون زواج وهذا يعنى اختفاء الدعم الزوجي والعائلي، فالأم المراهقة لا تتلقى القبول من أهلها وبالطبع من الأب لأنه قد ينكر أبوته في أغلب الأحيان، كما أن كثيرا من تلك الأمهات المراهقات ممن تتعاطين أو تدمن المخدرات.

ثانيا: الناحية الاقتصادية: لا يوجد ما يؤكد أن العامل الاقتصادي وحده يكون السبب الرئيس في حدوث الاكتئاب النفاسي. ولكنه من الممكن أن يسبب استمرار الاكتئاب إذا لم يوجد هناك ما يكفي من المادة لعلاجها أو لرعاية المولود.

ثالثا: مضاعفات الولادة: وجد أن نسبة اكتئاب النفاس بعد ولادة متعسرة أو ولادة قيصرية، تكون أكثر منها في الولادات الطبيعية السهلة.

رابعا: جنس المولود: إن كثيرا من الدراسات والأبحاث، خاصة تلك التي أجريت في بريطانيا، أكدت أن الأم تكون أكثر عرضة للإصابة باكتئاب النفاس إذا كان المولود أنثى بنسبة ١,٧٧إلى ١,٣ مقارنة بالمواليد الذكور. وهناك تفسيرات عديدة لهذا الفرق لعل من أهمها التفسير البايولوجي الذي يعزو ذلك إلى تسرب بعض الهرمونات الأنثوية من الجنين الأنثى إلى أمها.

وفي المجتمعات التي تنظر إلى الأنثى على أنها أقل درجة من المولود الذكر، قد يكون الشعور بالإحباط من كون المولودة أنثى أحد أسباب حدوث

الاكتئاب عند الأم خاصة إذا وجدت النفور والسخط من أفراد الأسرة على الاعتقاد الخاطئ إنها هي المسؤولة عن تحديد جنس المولود.

خامساً: الرضاعة الطبيعية: لم تؤكد الدراسات أي دور للرضاعة من كونها طبيعية أو لا في الإصابة باكتئاب النفاس. ولكن الرضاعة الطبيعية تطيل معدل الوقت التي تمضيه الأم وهي تحمل طفلها وتحتضنه، مما يزيد من قوة الرباط بين الطفل وأمه. وفي مضمون العلاقة القريبة بين الأم وطفلها يمكن أن يكتشف أي نوع من الاكتئاب بصورة مبكرة.

العوامل العضوية في حدوث اكتئاب النفاس:

كما قلنا في البداية، فإن الاضطرابات النفسية بعد النفاس تنقسم إلى ثلاثة أنواع:

(١) حزن النفاس ويسمى أيضاً "كآبة الأمومة" وهو لا يحتاج إلى أكثر من الدعم النفسي للأسرة وعادة لا يوجد أي تغيرات بيولوجية أو عضوية مختلفة عن عامة السيدات في هذه الفترة.

(٢) اكتئاب النفاس الذي تتعرض له حوالي ١٠% من السيدات. وقد يكون بسيطاً أو قد يصل إلى درجة شديدة وتصاحبه أعراض ذهانية أو ما تسمى عند عامة الناس بأعراض جنونية.

(٣) ذهان النفاس وهو الأكثر خطورة بين الأنواع الثلاثة ويصيب ١-٢ من الألف من السيدات. وقد بينت الدراسات أن العامل البايولوجي (أي العضوي) أكثر أهمية في حدوث ذهان النفاس. ولكن تلك الأسباب تؤدي دوراً مهماً في ظهور الاكتئاب عند السيدات اللاتي عندهن الاستعداد.

وفي منتصف فترة التبويض من الدورة الشهرية عند المرأة تصل نسبة هرمون الاستروجين إلى الضعف. أما في فترة الحمل فتصل إلى عشرة

أضعاف معدلها الأساسي نتيجة إفراز هذا الهرمون من المشيمة. وهذا المعدل يصل إلى أضعاف أخرى في أول ٤ أيام بعد الولادة ومن ثم يعود تدريجياً إلى معدله الطبيعي كما في فترة الدورة الشهرية.

ودلت الأبحاث العلمية على أن هناك خللا يمنع الهرمونات من العودة تدريجياً إلى مستوياتها الطبيعية قبل الحمل لأن هناك تأثيرًا واضحًا بين الهرمونات الجنسية وعمل مادة الدوبامين ومادة السروتونين في خلايا المخ عند المرأة. ومادة الدوبامين والسروتونين هما المادتان الأكثر علاقة بظهور الأعراض الذهانية واضطرابات المزاج. والتجارب التي أجريت على الحيوانات بينت أن هذه الهرمونات تتدخل في عمل الجينات والمستقبلات الخاصة بالدوبامين والسروتونين في جزء من المخ يعرف بالهبوكامباس.

لذلك فإن الأبحاث الحديثة ركزت على مدى تأثير هذه الهرمونات على محور الهبوكامباس – الغدة النخامية – الغدة الكظرية وكذلك على مدى حساسية المستقبلات في خلايا المخ للتغيير في مستوى الهرمونات الأنثوية.

أما تأثير بعض الهرمونات الأخرى مثل: هرمون النمو والكورتيزون، على الغدة الدرقية فلا يزال في طور البحث، بغية الاستفادة من تلك الهرمونات كمؤشرات للتشخيص المبكر.

ذهان النفاس(Post Partum Psychosis) :

يعد ذهان النفاس من أكثر الأمراض التي تتعرض لها المرأة خطورة. وتتراوح نسبة الإصابة بين واحد أو اثنين من كل ألف ولادة. وكلمة "ذهان" تعني فقدان المتعرض لهذا المرض للبصيرة وظهور هلاوس سمعية وبصرية أو جسمية. وأحياناً هلاوس تشمل: السمع والتذوق الذي يكون نادر الحدوث. كما تظهر بعض الضلالات المختلفة مثل: الضلالات الاضطهادية حيث تشعر

المريضة أنها مراقبة، أو أن هناك شخصًا ما يريد إيذاءها أو إيذاء المولود. أو قد تكون ضلالات العظمة التي تكون عادة مصاحبة لمرض الاضطراب الوجداني، الذي يسمى أيضاً "الهوس الذهاني الاكتئابي" حيث يتسارع التفكير، ويكثر النشاط والحركة والكلام فيما يكون المزاج إما فرحاً أو متوتراً أو عصبياً. وقد تظهر بعض الضلالات على هيئة تخيل المريضة بأنها تتلقى الوحي من الله، أو أنها اختيرت من عند الله لمهمة معينة.

كما تظهر أعراض تسمى بأعراض المرحلة الأولى لمرض الفصام، تلك التي تحدث عنها الطبيب "شنايدر"، ومنها أن تسمع المريضة أفكارها وهي تتردد عن بعد، أو أنها تحت السيطرة الخارجية، أو أن أفكارها معروفة عند الجميع. وقد يصاحب هذه الحالة اضطراب في النوم، والحركة، والأكل، والتعامل مع الطفل، والاختلاط في الأسرة. وقد وجد أن بعض الحالات النادرة قد يظهر عليها ما يعرف بـ "حالة التشمع" حيث تبقى المريضة في وضع واحد دون حراك لساعات طويلة. ومع تقدم الخدمات الطبية في معظم المجتمعات البشرية أصبحت هذه الحالات نادرة الحدوث، إذ كانت في السابق مصاحبة لمرض حمى النفاس الذي تضره الاضطرابات العضوية بصورة أكثر. مثل: الهذيان، والتشنجات، وارتفاع الحرارة، ووضوح علامات إصابة الجهاز العصبي.

أسباب ذهان النفاس:

لا تزال الأسباب الحقيقية لمرض النفاس مبهمة وغامضة. ولكن هناك بعض النظريات التي تؤكد أهمية العوامل البايولوجية. خاصة تأثير الهرمونات الأنثوية مثل الاستروجين البروجستيرون، كذلك هرمونات أخرى مثل الكورتزول الذي يفرز من الغدة الكظرية فوق الكلية، وهرمون البرولاكتين الذي يفرز من الغدة النخامية التي تقع تحت المخ مباشرة. كما أن

التجارب التي أجريت على الحيوانات في المعامل والمختبرات، بينت أن نقص هرمون الاستروجين يؤدي إلى الحساسية المفرطة في مستقبلات مادة الدوبامين مما يؤدي إلى حدوث الذهان.

ولا يوجد ما يثبت أن للعوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث ذهان النفاس. إذ أن هناك دراسات تشير إلى أنه لا يوجد فروق واضحة بين المجتمعات المختلفة، في حدوث ذهان النفاس، وذلك على عكس مرض اكتئاب النفاس، الذي يظهر بنسبة أكثر في المجتمعات الغربية عن باقي المجتمعات الأخرى. ولكن لابد أن يكون للعوامل الاجتماعية بعض الدور المساند مثل: التكاتف الأسري، والدعم العائلي اللذين يساعدان في التخفيف من شدة ذهان النفاس، ولا شك أن انعدام ذلك يؤدي إلى تفاقم الحالة، كما أن الأسباب الاجتماعية كثيرا ما تكون مرتبطة بالعوامل العضوية مثل: البيئة الملوثة في أماكن سكن العائلات الفقيرة، إذ أن الفقر يصاحب المرض في أغلب الأحيان. فحمى النفاس ومرض الكزاز أو ما يسمى بـ "التيتانوس" كلاهما مرضان ينتجان عن جراثيم أو ميكروبات أو بكتريا معينة، تنجم عن السكن في الأماكن غير النظيفة، وتلك الأمراض الجرثومية تؤدي ـ في بعض الأحيان ـ إلى أعراض تشبه "ذهان النفاس" أو قد تساعد فعلا في ظهور ذلك الذهان وتكوينه.

العلاج:

من الأفضل استخدام أكثر من وسيلة علاجية لمرض اكتئاب النفاس من جهة، وذهان النفاس من جهة أخرى. على أن الوقاية تأتي دائما قبل العلاج، وأول خطوة في الوقاية هي تمييز ما يسمى بـ"المجموعة المعرضة .(Risk Group)"وهي المجموعة التي تكون أكثر تعرضا لهذه الحالة من غيرها. فوجود تاريخ عائلي يجعل المرأة

أكثر تعرضاً للإصابة بالذهان النفاسي أو الاكتئاب النفاسي. كذلك صغر عمر الأم، أو فقدان الدعم الاجتماعي والأسري. وعدم وجود الزوج، وطلاق المرأة، أوفي حالة ما إذا كان الطفل غير شرعي. وكل هذه العوامل من شأنها أن تجعل الأم تنتمي إلى "المجموعة المعترضة" تلك.

ومن المفضل وجود عيادات خاصة بالنساء الحوامل، اللاتي تنتمين إلى المجموعة المتعرضة وتسمى هذه العيادات بـ"عيادات الحمل الخاصة" حيث تُعنى برعاية الأمهات أولات تاريخ مرضي سابق باكتئاب النفاس، وتتم عبر هذه العيادات متابعة الأم بصورة منتظمة ولفترة قد تصل إلى ٦ أشهر بعد الولادة، على أن يكون ذلك بواسطة الطبيب أو الطبيبة أو الأخصائي أو الأخصائية النفسيين، بالتعاون مع الطبيب أو الطبيبة المتخصصين في الطب النسائي، حتى يتم الاكتشاف المبكر لهذه الحالة والسرعة في علاجها. ويتم في معظم الحالات إدخال الأم والطفل معا إلى المستشفي، تحت الإشراف الطبي، حتى تساعد على استمرار الرابطة العاطفية. ومن أهم الأساليب العلاجية استخدام الدعم النفسي، من قبل الفريق الطبي المعالج، الذي يتكون من: الطبيب أو الطبيبة النفسيين والأخصائي أو الأخصائية الاجتماعيين والتمريض. ويجب ألا ننسى دور الأسرة في العلاج، وخاصة إشراك الزوج، والعمل على تخفيف الضغوط المحيطة بالأم.

وفي بعض الحالات الشديدة، وخاصة الاكتئاب الذي يصاحبه اضطراب في الوظائف البايولوجية، أو أفكار للتخلص من النفس (الانتحار) فقد يكون استخدام جلسات الكهرباء (العلاج بالصدمات

الكهربائية) العلاج الأمثل، يلي ذلك من حيث الأهمية العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير النفسية مثل: مضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان، وعقاقير معدلات المزاج، وذلك وفقًا للحاجة.

ويستحسن في حالات ذهان النفاس أن تعالج الأم المريضة داخل المستشفي، والحرص على رعاية وليدها، إذ أنه يخشى أن تؤذي الأم مولودها أو أن تهمله، بل أن هناك دراسات تشير إلى احتمال أن تقدم الأم على قتل طفلها، في حالات الذهان الشديد المصحوب بهذيان وضلالات وهلوسة فضلا عن أن الأم نفسها قد تحاول التخلص من نفسها (الانتحار).

ومن الضروري التأكد من عدم وجود أمراض عضوية لها أعراض نفسية مثل: أمراض الغدة الدرقية، أو الغدة النخامية، أو مرض معين يسمى "شيهان" نسبة إلى مكتشفه. وهو مرض يصيب الغدة النخامية، ويأتي في أكثر الأحيان بعد ولادة متعسرة، وله أعراض شبيهة بالذهان النفاسي في مراحله الأولى. كما ينبغي التأكد من خلو الأم من: حمى النفاس، والأمراض الجرثومية الأخرى وحتّى مرض الإيدز.

وأخيراً علينا أن نتذكر أن متابعة المريضة بعد الشفاء مهم جداً، لأنّ ذهان النفاس أو اكتئاب النفاس قد يستمر بصورة دائمة بعد النفاس، وذلك على شكل مرض الهوس الاكتئابي، وفي أحيان نادرة مرض الفصام. كما أن هناك نسبة تصل إلى ٦٠ % لاحتمال رجوع الحالة في الولادة القادمة.

الفصل الثامن

العقم والحالة النفسية

يعرف العقم بأنه عدم حدوث الحمل بعد سنة على الزواج وبدون استعمال موانع الحمل. و يحدث العقم بين حوالي ١٠و١٥% من الزيجات. كما ينجم عن بعض العيوب البايولوجية، التي قد تكون موجودة في المرأة تارة، وفي الرجل تارة، وفيهما معاً تارة أخرى. ولما كانت المرأة هي المسؤولة عن الإنجاب فإن كل الاتهامات تشير إليها. بينما يسبب عقم الرجل عدم الإنجاب، والله تبارك وتعالى يقول: " لله ملك السماوات والأرض يخلق ما يشاء يهب لمن يشاء إناثاً ويهب لمن يشاء الذكور أو يزوجهم ذكرانًا وإناثًا ويجعل من يشاء عقيمًا إنه عليم قدير" ـ سورة الشورى،الآيتان ٤٩ـ ٥٠ وفي هذا القول يقول ابن كثير: "جعل الله الناس أربعة أقسام: منهم من يعطيه البنات، ومنهم من يعطيه البنين، ومنهم من يعطيه من النوعين ذكوراً وإناثاً، ومنهم من يمنعه هذا وهذا فيجعله عقيمًا لا نسل له ولا ولد له" (١)

وأفضت الدراسات العلمية إلى أن ٥٠% من حالات عدم الإنجاب منشؤها عقم الرجل، وأن بين ١٠و٢٠% منشؤها أكثر من سبب واحد للعقم، وأن ١٠% يكون الضعف الجنسي كالعنة أو القذف السريع مسؤولاً عن العقم. ومن هذا نستنتج أن المرأة وحدها مسؤولة عن٥٠% من حالات عدم الإنجاب. فيما كشفت بعض الدراسات هناك أن الحالات النفسية المتوترة قد تكون سبباً في حدوث العقم، وتستشهد بعض الدراسات بأنه في كثير من الحالات، يحدث الإنجاب بمجرد أن يتبنى الزوجان طفلاً بعد أن يكون اليأس قد تملك قلبيهما، ولا تعليل لتلك الحالات ـ التي تزيد عن كونها بمحض الصدفة ـ إلا أن يكون الحمل ناجمًا عن انتهاء حالة التوتر عند الزوجين بعد التبني، كما أن هناك دراسات توصلت إلى أن الزوجين المتعرضين للعقم يتصفان

ببعض الأعراض النفسية الخاصة، ولكــن ربمـــا كـــانت تلــك الأعــراض نتيجة العقم وليست سبباً لـــه.

المظاهر النفسية للعقم:

يسبب العقم للزوجين حالة أزمة تهدد استقرارهما النفسي. إذ يدخلان في حالة نفسية شديدة الحرج تنعكس على قدرتهما على دوام النســل. ففــي أول وهلة يلجآن إلى عدم تصديق الخبر، ثم نكرانه، وبعد ذلك يَدلفان إلي مرحلـــة الإحباط والغضب، ومن ثم الحزن، وبعده بوقت طويل يبدآن القبول والرضــى بالأمر الواقع ويحاولان إيجاد علاج. وهنا يبدأ نوع آخر من الكرب النفســي، وهو: مرحلة العلاج وتكاليفها التي تصل في أحيان كثيرة إلى مبـــالغ ترهــق كاهل الزوجين.

وليس ثمة شك أن معاناة هذه الكرب النفسية يؤثر ســلبًا علــى علاقـــة الزوجين. التي تزداد سوءاً مع مرورِ الأيام، وفي بعــض الحــالات يحــدث العكس، إذ يكون عدم الإنجاب مدعاة إلى توثيق الزوجين، من خلال مشــاركة كل منهما الآخر في كل قرار ينبغي أن يتخذه كل طرف، فيما يختص بمســألة العلاج الطويل والمعقد في كثير من الأحيان.

وعندما يعلم الزوجان بخبر العقم، تكون الزوجة في الغـــالب الطــرف الأكثر تأثراً، وتبقى على ذلك طيلة مدة العلاج. سواء أكانت هي السبب أم لــم تكن. حتى إذا اتضح أن السبب منها فإن أنوثتها، وثقتها بنفســـها تتعرضـــان للإحباط، ومن ثم تفقد احترامها لذاتها، وتنحى جانبا لقاءهـــا الجنســي مــع زوجها، وتعيش في عذاب الضمير والشعور بالذنب تجاه الزوج، مع أن الأمر في حقيقته لا ينبغي أن يصل إلى هذه النتائج، بل ينبغي أن تتقبل ذلك على أنه من الله عزوجل. وفي حالة ما إذا كان العقم ناجمًا من الزوج، فإن الزوجـــة

تقع في عذاب الشعور بالإحباط واللاحيلة. فهي مشدودة تارة إلى محاولة التخفيف عن زوجها، والتعامل معه بصورة تساعده على عدم شعوره بالنقص، أو الشك في رجولته، كما تقع تارة أخرى في حالة اليأس التي تنتاب الزوج. ومعظم المجتمعات العربية التي تنظر إلى الرجل الذي يتزوج للمرة الثانية بسبب عدم قدرة زوجته الأولى على الإنجاب نظرة إيجابية، تنظر بالعين نفسها إلى الزوجة التي تصبر على زوجها، وتتمسك به على الرغم من حرمانها من الأمومة طوال حياتها لغير سبب منها. وعلى الرغم من هذا كله، فمعظم النساء رغم أنهن متمسكات ببيوتهن ومحافظات عليها بكل قوة، فقد أثبتت الدارسات أن ذلك النمط من النساء رغم أنهن يتماسكن إزاء ما يواجهنه من نظرات سلبية من المجتمع، إلا أنهن لا يلبثن أن يصبن باضطراب نفسي يعوق حياتهن العملية. وهذا موجود عند بعض النساء، ممن يستولي عليهن الشعور بالذنب، أو الحرمان، أو النقص، فيصبن باضطرابات نفسية شديدة، يصبحن على إثرها في حاجة إلى العلاج والرعاية النفسيين.

ويتعرض بعض الأزواج إلى الضغوط النفسية حتى قبل معرفة السبب، وفي أثناء الفحوص الطبية. فنحن نعرف أن بعض نواحي العلاج تتطلب أن يكون الجماع بين الزوج وزوجته في أوقات معينة، وهذا يضع الزوج تحت ضغوط تأثير ضغوط أداء الجماع في ظروف قد لا يكون مهيئًا لها. كما إن جدولة اللقاء الجنسي من شأنها أن تفقده الرومانسية والتلقائية، مما يضع الزوج في أجواء من التوترات النفسية، التي قد تؤدي إلى فقده القدرة الجنسية، ومنع حدوث الانتصاب. فإذا سادت مثل هذه الأجواء عملية اللقاء الجنسي بينهما، فقد لا يكون بوسع الرجل أن يعطي عينة من النطف (جمع نطفة) للفحص، فيتعطل التشخيص والعلاج معاً، ويتعرض الزوج للشعور بالذنب والشك في أن العيب منه.

والملاحظ أن الزوجين اللذين يواجهان العقم، يعيشان حالة من العزلة النفسية والاجتماعية المرهقة. فهما لا يريان من أقاربهما الاهتمام الذي كان من قبل بهما، وحتى عندما يلتقيان بهما فإن حياتهما تكون مختلفة في ظل غياب الأبناء، مما يجعل الزوجين بدون اهتمامات مشتركة مع أقرانهم، يضاف إلى ذلك ما سبق أن الزوجين يتفاديان اللقاءات الاجتماعية والعائلية، حتى لايواجهان الأسئلة المحرجة والمؤلمة عن عدم وجود أطفال لهما. كما لا ننسي الضغوط الاقتصادية التي يواجهها الزوجان، فالعلاج و الفحوصات الغالية الثمن تثقل كاهليهما. ولذلك يحرمان نفسيهما من شراء الحاجات الضرورية مثل: السيارة، والمنزل، أو السفر في إجازة، بغية توفير الأجور الطبية، والأكثر من ذلك أن المرأة التي تعمل، قد تحرم نفسها من ترقية أو فرصة عمل، لأنها مشغولة بتلك الفحوصات ومحاولات تلقيح البويضة من نطف زوجها، حتى لوكان الأمل في نجاح العلاج ضئيلاً، ولكن الأمل في الله يظل أكبر وأكبر.

الجانب النفسي للتقييم الطبي للعقم :

إن عملية التقييم الطبي للعقم، والفحوصات الطبية المعقدة التي يمر بها الزوجان، موضوع بحث خاص يخرج عن موضوع حديثنا هذا. ولكن ما لايدرك كُلّه لا يُترك جُلُّه، ومن ثم فإن علينا أن نستعرض بصورة مختصرة، ما يتوقع أن يمر به الزوجان من مراحل التقييم الطويلة المضنية، حتى نعطي فكرة عن الضغوط النفسية التي يمر بها كل من الزوج والزوجة إبان تلك العمليات التشخيصية والعلاجية.

ويحسن أن يقوم الطبيب أو الطبيبة بالفحوص الطبية التي تشمل: فحص الجهاز التناسلي، والتأكد من خلوه من الأمراض الجنسية المعدية، وفحص جميع الهرمونات الجنسية منها وغير الجنسية، ومن ثم فحص النطف (السائل

المنوي) والتأكد من كميتها، ونوعيتها، وحيويتها،وقــد يضطـر الطبيـب أو الطبيبة إلى إعادة هذه الفحوصات في مواعيد مختلفة، وفي أوقات معينة مـن الدورة الشهرية للزوجة.

وتنصح الزوجة في هذه الحالة أن تضع جدولاً تسـجل فيـه درجـات حرارتها صباح كل يوم، لمدة شهر أو شهرين لتعرف موعد نزول البويضــة، إذ من المعروف أن درجة الحرارة ترتفع مع نزول البويضة، ويتزامن معـها ارتفاع إفراز هرمون البروجستيرون من المبيض، وارتفاع مستواه في الـدم، كما تنصح الزوجة أن تسجل كل عملية جماع مع زوجها حسب أوقاتها، علـى أن تتم هذه العملية في أوقات التبويض، كما ينبغي فحص مخاط عنق الرحـم عقب ٨ ساعات من الجماع، فضلا عن فحص بطانة الرحم وذلك بأخذ عينـة منها، في وقت متأخر من الدورة الشهرية للزوجـة للتـأكد مـن أن عمليـة التبويض تمت بصورة صحيحة.

وعلمية تجميع النطف (السائل المنوي) لا تخلو علـى بسـاطتها مـن تأثيرات نفسية. فالجماع يكون ممنوعًا قبل يوميـن مـن الفحـص، وعلـى الزوجين أن يقدما معلومات حساسة دقيقة عن علاقتهما الجنسـية لطبيـب أو طبيبة لا يهمهما إلا الناحية البايولوجية، في موضوع له علاقة بنواحٍ نفسـية عديدة. ويتوقع أن يمارس الزوج الجماع مع زوجته في أوقات قد لا يكون هو مهيئًا نفسيًا لذلك. والأصعب قيام الزوج بإعطاء النطف من خلال الاسـتمناء، الذي يجب أن يتم في أغلب الأحيان في عيادة الطبيب، وقد يحدث أن يخفـق الزوج في تحقيق ذلك مما يجعله عرضة للشعور بالضعف الجنسـي، ومـن الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى اضطراب في نفسية الزوج والزوجة معًا، يصاحبه شعور بالإحباط، والقلق، وتعكر المزاج، والغضب من كل شيء في الحياة.

وقد يتطلب الفحص من الزوجة دراسات إشعاعية للرحم والأنابيب، بغية لتأكد من أن أنابيب الرحم مفتوحة، ومن السهولة أن تمر من خلالها النطف والبويضة الملقحة، و يتم ذلك من خلال حقن الرحم بمادة ملونة لا تخلو من الأعراض الجانبية المؤلمة، ولعل الصعوبة تتجلى في فحص الرحم والأنابيب من خلال منظار يمر بتجويف البطن مباشرة من خلال تخدير موضعي أو عام.

أما في حالة علاج العقم، فهناك أيضاً أعراض جانبية نفسية لبعض الأدوية التي تستخدم في العلاج، فعلاج انتشار بطانة الرحم في التجويف البطني الذي يسمى "أندومتريوزز" ويشمل استخدام بعض الهرمونات المحفزة للهرمون النشط للهرمون الفارز لمحفز الغدد-Gonadotropin) Releasing Hormone)مثل: مادة "الوبرايد" ومادة "السيناريل" ومادة "الزوليدكس". وكل هذه المواد الثلاث تسبب أعراضاً جانبية نفسية، مثل: الاكتئاب، وعدم استقرار المزاج، فضلاً عن أن لمادة "الكلوميفين" أعراضاً جانبية نفسية أيضاً، نظرًا لأن هذه المادة تنشط المبيض لإخراج البويضة في حالة كسل وظيفة المبيض. كما أنّ لمادة "الكلوميفين" تأثيرًا على المزاج، والنشاط الوجداني، فتسبب الاكتئاب، والتوتر، والقلق، وأحياناً اضطراباً في النوم والأرق.

وفي الحالات المستعصية من العقم، يضطر الزوجان إلى استخدام ما يسمى بـ"العلاج بتقنية التناسل"، الذي يستعمل عندما تكون أنابيب الرحم مسدودة تماماً. وتتم هذه الطريقة عبر تلقيح البويضة مع النطف "السائل المنوي" خارج الرحم، ثم تزرع البويضة الملقّحة داخل الرحم بعد يومين من التلقيح. وهذا يتطلب أن تشفط البويضة من المبيض، عبر منظار يدخل من خلال البطن. وبعد زرع البويضة الملقّحة ينبغي أن يتابع الطبيب أو الطبيبة

الحمل بأشعات صوتية متكررة، مع فحص هرمون الاستروجين في الدم باستمرار، للتأكد من صحة الحمل. ولعل من الخطورة بمكان أن نشيرَ إلى ما هو مجاز في بعض المجتمعات الغربية، من استخدام بويضة امرأة لتلقّح من قبل الزوج والزوجة، ثم تزرع في داخل رحم الزوجة. وإذا كان رحم الزوجة غير قابل لتحمّل الحمل، فإنّ بويضة الزوجة نفسها تلقّح من ماء الزوج، ثم تزرع في رحم امرأة أخرى لتحمل، ثم تعطي إلى الزوجين الآخرين، وهذا أمر محرّم في الشريعة الإسلامية بإجماع فقهاء الأمة العربية والإسلامية.

وتأسيسًا على ما سبق، يتضح أنّ التشخيص والعلاج، يشكل نوعاً شديداً من أنواع الضغوط النفسية، التي لا يستطيع تلافيها إلا القليل من الأزواج. وحتى الجزء البسيط من العلاج مثل: جدولة الجماع بين الزوج والزوجة، أو انتظار الحمل، أوعدّ الأيام وصولا إلى وقت الطمث (الحيض)، أو في حدوث طمث عند الزوجة علامة لفشل جديد، مما يستدعي محاولات جديدة، وبداية لإجراءات طويلة مضنية. كل ذلك يسبب تأثيرات جانبية سلبية تنعكس على حياة الزوجين معًا.

وعندما تكون الزوجة ممن تعملن، وتواقة إلى بناء مستقبلها الوظيفي، وكانت تستعمل موانع الحمل، كي تتفرغ إلى بناء مركزها المهني والعملي. فإنها لا تلبث أن تتعرض لصدمة شديدة إذا علمت أنها عاقر، فينتابها شعور بالإحباط، إذ ليس بمقدورها أن تخطط بمشيئة الله لمولود، أو تسيطر على قدرتها على الحمل.

وقد يكون هناك دور للطبيب أو الطبيبة النفسيين في العلاج، في أي مرحلة من المراحل التي سبق ذكرها. فقد يقيّم الزوجين نفسياً قبل بدء الفحص والتشخيص والعلاج، للتعرّف على ما إذا كانت هناك أعراض لاضطرابات نفسية قبل بدء تشخيص العقم أو علاجه. أو قد ينصح الزوجين

المتعبين بأخذ إجازة من العلاج، كي يتسنّى لهما الارتياح من الإرهاق والتعب النفسيين، الناجمين عن تشخيص وعلاج العقم. ومن المستحسن أن يتولى الطبيب أو الطبيبة النفسيين تقييم حالة الزوجين معاً، ورؤيتهما في وقت واحد معًا أوعلى انفراد، حتى إذا اتضح أن أحدهما يشكو من أعراض نفسية فإنه يبادر أو تبادر الطبيبة النفسية إلى تحديد العلاج، فقد يكفي العلاج النفسي الذي يتولاه طبيب أو طبيبة نفسيين، أو أخصائي أو أخصائية نفسيين فلا يشترط أن يكون طبيباً. أما في الحالات الصعبة فتعرض الزوجة على طبيب أو طبيبة نفسيين ليصفا العلاج، الذي يتكون عادة من مضادات الاكتئاب. وعندما يكون أحد الزوجين يعاني نوعًا من أنواع الاضطرابات النفسية قبل التعرف على العقم، فإن اكتشاف العقم نفسه يسبب تعقيداً جديداً في الحالة، أما إذا كانت الحالة النفسية في وضع مستقر بعد علاج نفسي ناجح، فإن تشخيص العقم من شأنه أن يعيد الحالة إلى وضع حاد، يتطلّب مباشرة العلاج مرة أخرى.

وفي أحيان كثيرة لا ينتهي العلاج النفسي للزوجين العقيمين بنجاح وحصول الحمل. ولله في ذلك حكمة بالغة لا ندرك كنهها، ولا شك أن انشغال الزوجين بالعمليات المضنية للعقم، والفحوصات الطبية التي لا تنتهي، قد يشغلهما عن حياتهما الخاصة، وينسيهما علاقاتهما الشخصية فيما بينهما بعد حصول الحمل، وعندما تنتابهما حالة من البهجة والسرور التي تنسيهما كل ما حولهما لمدة قد تطول أو تقصر، تبدأ فترة العودة إلى الواقع، ومواجهة ما يجري في حياتهما الزوجية. ومن ناحية أخرى لا تكون مفاجأة لنا لو اكتشفنا أن وجود الحمل، ثم المولود الذي طالما انتظره الزوجان بالذات، يكون مصدر قلق وتوتر واضطراب في العلاقة الزوجية، التي بنيت في سنوات طويلة على وحدة هدف الحصول على طفل، كما أن طول انتظار وصول الطفل ينسي الزوجين ما يتوقع منهما من تعب تربية الطفل وتلبية ما يحتاجه

من جهد مضني و مجهود لا يتوقف. فيحدث بذلك عكس المتوقـــع، مــن أن الطفل الذي طال انتظار الزوجين له لا يجد ما يحتاجه من الرعاية الصحيحة، وهذا لاشك يسبب كثيراً من الضغوط، التي يحتاج بســـببها الزوجــان إلــى مساعدة الطبيب النفسي.

الفصل التاسع

دور الطب النفسي القضائي في

دعاوى حضانة الطفل

معنى الحضانة :

الحضانة لغة: اسم مشتق من الفعل الثلاثي: "حَضَنَ" (بفتح الأحرف الثلاثة) والحُضن: هو الصدر والعضدان وما بينهما، والجمع أحضان، ومنه الاحتضان وهو احتضان الشيء أي جعله في حضنك، كما تحتضن الأم وليدها فتحتمله في أحد شقيها .وفي الحديث: أنه خرج محتضناً أحد ابنى ابنته أي حاملاً له في حضنه.[١]

والحضانة في اصطلاح الفقهاء هي التزام الطفل لتربيته والقيام بحفظه وتدبير شؤونه. ولقد عنيت الشريعة الإسلامية بالأسرة، ورسمت لها هذا الطريق السوي، حتى يعيش الأطفال في أحضان الأبوين عيشة كريمة، بعيدة عن النكد والشحناء، فأمرت برعاية الولد والمحافظة علي حياته، وصحته، وتربيته، وتثقيفه بين الأبوين، وهو ما يعرف بالحضانة .[٢]

والحضانة حق للمحضون، وواجبة علي الحاضن[٣]، لأنها حق للطفل فتجبر الحاضنة عليها، وليس لها الحق في التخلي عن هذا الواجب، وهذا الرأي هو الراجح، وقد حفظ عن الإمام أبي حنيفة أنه قال: "لو اختلعت المرأة على أن تترك ولدها عند الزوج فالخلع جائز، والشرط باطل، إن هذا حق الولد، أن يكون عند أمه ما كان إليها محتاجًا".[٤]

والحضانة ثابتة بالقرآن، والسنة النبوية، والإجماع ففي القرآن الكريم: :"والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة وعلى

(١) لسان العرب لابن منظور، مج ١٣، مادة (حضن)، ص ١٢٢.

(٢) محمد بن أحمد الصالح . الطفل في الشريعة الإسلامية . ط٢، الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٤٠٣هـ ، ص١٠٩.

(٣) عبد الرحمن تاج. الشريعة الإسلامية في الأحوال الشخصية. ط٢، (لم يذكر مكان النشر ولا اسم الناشر) ١٣٧٢هـ، ص ٤٥٥.

(٤) محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٧.

المولود له رزقهن وكسوتهن بالمعروف لا تكلف نفس إلا وسعها لا تضار والدة بولدها ولا مولود له بولده وعلى الوالد مثل ذلك" [٥] وهذه الآية يأتي الاستدلال بها أيضًا لثبوت الحق في الرضاع، وبيان مدته، وما تستحقه المرضع من النفقة والكسوة، ويستدل بها أيضًا على ثبوت الحق في الحضانة.[٦]

وفي السنة، ثبت في الصحيحين عن البراء بن عازب رضي الله عنه" أن ابنة حمزة، اختصم فيها علي وجعفر وزيد، فقال علي: أنا أحق بها، وهي ابنة عمي، قال جعفر: ابنة عمي وخالتها تحتي، وقال زيد: ابنة أخي. فقضى بها رسول الله صلى الله عليه وسلم لخالتها وقال: "الخالة بمنزلة الأم" [٧]

وفي الإجماع، روى مالك في الموطأ عن يحيى بن سعيد أنه قال: سمعت القاسم بن محمد يقول: كانت عند عمر بن الخطاب امرأة من الأنصار (جميلة "ابنة عاصم بن ثابت بن أبي الأفلح قيس الأنصاري) فولدت له عاصما، ثم إن عمر فارقها، فجاء عمر إلى قباء فوجد ابنه عاصما يلعب بفناء المسجد، فأخذ بعضده فوضعه بين يديه على الدابة، فأدركته جدة الغلام، فنازعته إياه، حتى أتيا أبا بكر الصديق، فقال عمر: ابني، وقالت المرأة ابني. فقال أبو بكر: خل بينها وبينه، فما راجعه عمر الكلام.[٨]

والأصل في الحضانة أن تكون للنساء، لأن المرأة أقدر وأصبر من الرجل على تربية الطفل، وأعرف بما يلزمه، وأعظم شفقة عليه، وأكثر جلدًا، وأعظم صبرا على تحمل أعباء الطفل. ولكن النساء لسن في مرتبة واحدة في استحقاق الحضانة، بل بعضهن أحق بها من بعض، بسبب تفاوتهن في الشفقة

---

(٥)سورة البقرة، الآية ٢٣٣.

(٦)محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٩.

(٧) سنن أبي داود، ج١، ص ٥٢٩، والفتح الباري، ج١٧، ص ٦٥.

(٨)زاد المعاد، ج٤، ص ٢٤٠ ـــ ٢٤١.

والرفق بالصغير. فأولى النساء بحضانة الطفل أمه النسبية، سواء أكان زواجها بأبيه قائم أم لا، متى توافرت الشروط اللازمة للحضانة.[1]

ونستنتج مما سبق أهمية حضانة الأم لطفلها، إذ أن من شأن هذه الحضانة أن تهيئ للطفل الاستقرار النفسي، فينشأ تنشئة اجتماعية ونفسية سليمة، خالية من العقد النفسية والاضطرابات النفسية معًا، وهو ما يتوخاه القرآن الكريم وسنة رسول الله صلى الله عليه وسلم، وما أجمع عليه فقهاء الأمة الإسلامية، وما يدعو إليه الطب النفسي.

حضانة الطفل في مفهوم القانون الغربي:

بينما لا يوجد أي إشكال للمعنى الفقهي لمفهوم الحضانة في الإسلام، إذ المقصود ــ كما سبق ــ الحضانة الفعلية، إلا أننا نلاحظ أن هناك خلطًا وارتباكًا في القانون الوضعي الغربي بين معني الحضانة ومعني ولاية الأمر، وهو ما دعا في نهاية الأمر إلى أن تتبنى بعض القوانين الغربية مبدأ يسمي "الحضانة المشتركة".

ولقد انبثقت هذه الفكرة، عندما ظهرت مشكلات في المجتمعات الغربية أضرت بالطفل نفسه. ونجم عنها الكثير من المشكلات النفسية عند الطفل، وعندها تعاون علماء النفس الغربيون ورجال القانون على تحقيق مبدأ "الحضانة المشتركة" حيث يشترك الأب والأم معًا في مسؤولية حضانة وولاية الأمر أيضاً، ومن هنا فرّقَ القانون الغربي بين الحضانة وولايةَ الأمر. وعلينا أن ندرك أن الفقه الإسلامي أعطي حق الولاية للأب "لأن النبي صلى الله عليه وسلم لم يجعل الحضانة للأم مطلقًا، أو لمن يطلبها، وإنما قال: "أنتِ أحق به ما لم تنكحي" وجعل الحق في الحضانة للأب إذا تزوجت".[2]

---

(١) محمد بن أحمد الصالح. الطفل في الشريعة الإسلامية. مرجع سابق، ص ١٢٤.

(٢) محمد بن أحمد الصالح.مرجع سابق، ص ١٢٨.

ويرى الإمام ابن تيمية أن جهة الأبوة راجحة على جهة الأمومة في الحضانة، وأن الأم إنما تقدمت لكونها أنثى، لا لتقديم جهتها، إذ لو كانت جهتها راجحة لترجح رجالها ونساؤها على الرجال والنساء من قبل الأب، ولما لم يترجح رجالها اتفاقاً، فكذلك النساء، كما أن الشريعة الإسلامية تقدم الأب وعصبته في الولاية على النفس، والمال، والزواج، والميراث، والعقل، والنفقة، وهذا ما تشهد به أصول الشرع وقواعده، ولم يعرف أن قدم الشارع قرابة الأم في أي حكم من هذه الأحكام [١] ومن هنا نجد أنه لا يوجد أي خلاف بين فقهاء الإسلام حول إعطاء ولاية الأمر إلى الأب.

وتثبت الشريعة الإسلامية للطفل منذ ولادته ثلاث ولايات هي[٢]

الولاية الأولى: ولاية التربية، والحفظ، والرعاية.

الولاية الثانية: الولاية على النفس.

الولاية الثالثة: الولاية على ماله إن كان له مال.

حق الأم في الحضانة في الشرع الإسلامي :

نص القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، على حق الأم في حضانة الطفل أثناء سن الحضانة، وللحضانة شأن آخر خلاف الإرضاع، ولها أحكام تخالف أحكام الإرضاع، ولكن لا يرد تطبيق أحكام الحضانة غالباً، إلا في حالة الفرقة بين الزوجين، ووجود أولاد دون السن التي يستغني فيها الصغير عن النساء، وذلك أن الولد يحتاج إلى نوع من الرعاية، والحماية، والتربية، والقيام بما يصلحه، وهذا ما يعرف بالولاية.[٣]

---

(١) المرجع السابق، ص ١٢٦.

(٣) لمعرفة المزيد من التفاصيل عن هذه الولايات الثلاث انظر : المرجع السابق، ص ١١٠ــ ١١١.

(٣) محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٠.

وقد أبعد الله الضرر عن الولد والأم والأب حينما قال: "لا تضار والـــدة بولدها" (١) أي ــ كما قال ابن كثير ــ: "ألا تدفعه عنها لتضر أباه بتربيتـــــه، ولكن ليس لها دفعه إذا ولدته حتى تسقيه اللبن الذي لا يعيش بـــدون تناولـــه غالبًا، ثم بعد هذا لها دفعه عنها إذا شاءت، ولكن إن كانت مضارّة لأبيه، فـــلا يحل لها ذلك، كما لا يحل له انتزاعه منها لمجرّد الضرار لها، ولهذا قـــال الله عزوجل: " ولا مولود له بولده" (٢) أي بأن يريد أن ينتزع الولد منها إضـــرارًا بها"(٣)

أما في السنة المطهرة، فقد روي عن عبد الله بن عمر أن امرأة قـــالت: "يا رسول الله إن ابني هذا كانت بطني له وعاء، وثديي لـــه سقاء، وحجـــري لـــه حواء، وإن أباه طلقني وأراد أن ينزعه مني". فقال رسول الله صلـــى الله عليه وسلم: "أنت أحق به ما لم تنكحي".(٤)

ويستدل من هذا الحديث أن المرأة إذا نكحت زوجا آخر، سقط حقها فـــي الحضانة، وإليه ذهب الجمهور.

من تكون له الحضانة ؟

جاءت الشريعة الإسلامية ــ في هذا الخصـــوص ــ بتعـــاليم ســـامية، ووصايا حكيمة، تأتي في الجو الملبد بالنزاع والملـــيء بالخصومـــات بيـــن الزوجين، فتفتح الأنفس على الخير، وتلفتها إلى المعروف لمصلحـــة الطفـــل الناشئ، الذي هو ثمرة مشتركة بين الزوجين، يهمهما أمره وينشدان ســـعادته. وقد اتفق علماء الدين الإسلامي على إجبار الأم على الحضانة، إذا لم يوجـــد

---

(١) سورة البقرة، الآية ٢٣٣.

(٢) سورة البقرة، الآية ٢٣٣.

(٣) تفسير بن كثير، مرجع سابق، ص ١٩٠.

(٤)رواه أحمد وأبو داود وصححه الحاكم .

للطفل حاضنة أخرى من المحارم. أما إذا وجد من المحارم غيرها، فلا ينبغي إجبارها. ولعل الحق في هذه المسألة هو أن يقال: إن الحضانة حق الحاضنة وحق الطفل أيضا. فالأم لها حق حضانته لا ينازعها فيه أحد متى كانت أهلا لذلك، والطفل له حق أن يكون محضونا عند محرم ترعاه وتشفق عليه، فحقه في الحضانة غير عيني، أي أنه لا يتعلق بحاضنة معينة متى كان هناك عدد من المحارم أهلا للحضانة، فإذا كانت له أم وجدة وخالة وعمة وكن جميعا أهلا للحضانة، كان حقه الحتمي أن يكون محضونا عند واحدة من هؤلاء، ولا يتعين حقه عند الأم، فلا تجبر حينئذ على حضانته متى أمكن أن تحضنه واحدة من الأخريات. أما إذا امتنعن عن حضانته ولم يكن هناك إلا الأجنبيات أو القريبات غير المحارم، ففي هذه الحالة تجبر الأم على حضانته، ويتعين حقه حينئذ عند الأم حتى لا يضيع، وكذلك إذا كان محارمه غير أهل للحضانة، فأنهن يكن بمنزلة المعدومات، ويتعين حقه على الأم فتجبر عليه.(١)

فالحضانة إذن حق الولد كما هي حق الأم، فلا تملك الأم إسقاط حقه مادام محتاجا إليها. والولد محتاج للأم بخصوصها إذا تعينت، فيجب عليها حينئذ صيانة الولد وحمايته من الضياع، وليس للأم حق في التخلي عنه، فيتعين حينئذ إجبارها على الحضانة.(٢)

واتفق العلماء على تقديم الأم على الأب في الحضانة، وإنما السؤال عن علة تقديم الأم: هل قدمت لأن جهة الأمومة مقدمة على جهة الأبوة، أم قدمت لأنها أنثى، والأنثى مقدمة على الرجل لما تتمتع به من رقة، وطاقة، وقدرة على التحمل، والصبر على القيام بشؤون الولد ؟ أم قدمت لكون جهتها مقدمة على جهة الأبوة في الحضانة فقدمت لأجل الأمومة، أو قدمت على الأب لكون النساء أقوم بمقاصد الحضانة والتربية من الذكور، فيكون تقديمها لأجل

---

(١) عبد الرحمن تاج، مرجع سابق، ص ٤٥٦ وما بعدها.

(٢) محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٧ــ١١٨.

الأنوثة؟ ففي هذا للعلماء قولان في مذهب الإمام أحمد، ويظهر أثرهما في تقديم نساء العصبة على أقارب الأم وبالعكس، كأم الأم وأم الأب، والأخت من الأب، والأخت من الأم، والخالة، والعمّة، وخالة الأم، وخالة الأب، ومن يلي من الخالات والعمّات بأم، ومن يلي منهن بأب، ففي ذلك روايتان عن الإمام أحمد.[١]

إحداهما: تقديم أقارب الأم على أقارب الأب.

الثانية: وهي أصح دليلا تقديم أقارب الأب.

قال الخرقي: الأخت من الأب أحق من الأخت من الأم وأحق من الخالة، وخالة الأب أحق من خالة الأم، وعلى هذا فأقارب الأم مقدمة على أم الأم، كما نص عليه أحمد في إحدى الروايتين عنه، وعلى هذه الرواية فأقارب الأب من الرجال مقدّمون على أقارب الأم من الرجال، فالأخ للأب أحق من الأخ للأم، والعم أولى من الخال هذا إن قلنا: إن لأقارب الأم من الرجال مدخلاً في الحضانة، وفي ذلك وجهان في مذهب أحمد والشافعي.[٢]

أحدهما: أنه لا حضانة إلاّ لرجل من العصبة محرم، أو لامرأة وارثة أو مدلية بعصبة أو إرث.

الثاني: أن لهم الحضانة: فعند الإمام بن تيمية ــ كما سبق ــ أن جهة الأبوة راجحة على جهة الأمومة في الحضانة، وأن الأم إنما قدمت لكونها أنثى، لا لتقديم جهتها، إذ لو كانت جهتها راجحة لترجح رجالها ونساؤها، على الرجال والنساء من جهة الأب، ولما لم يترجح رجالها اتفاقا، فكذلك النساء. كما أن الشريعة الإسلامية تقدم الأب، وعصبته في الولاية على: النفس، والمال، والزواج، والميراث، والعقل، والنفقة، وهذا ما تشهد به ــ كما سبق ــ أصول الشرع وقواعده، ولم يعرف أن قدم الشارع قرابة الأم في أي

(١) المرجع السابق، ص ١٢٥.

(٢) محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١٢٥.

حكم من هذه الأحكام. ثم إنّ جهة الأبوة ترتبط برابطة الرحم والعصب، بخلاف جهة الأم فرابطتها الرحم فقط، فالقول بتقديم قرابة الأم فيه نظر، ولعلّ الصواب هو: أنّ الأم إنما قدمت لكونها امرأة، وجنس النساء مقدّم على الرجال، لأنّ النساء أرفق بالطفل، وأخبر بتربيته، وأصبر على ذلك. وعليه فالجدّة أم الأب أولى من أم الأم، والأخت للأب أولى من الأخت للأم، والعمّة أولى من الخالة، وعلى هذا فتقدّم الأم على أب الأب، مثل تقدّم الأم على الأب، وإذا تقرّر هذا الأصل فهو أصل مطّرد، فيضبط، لا تتناقض فروعه. بل إن اتفقت القرابة والدرجة واحدة، قدمت الأنثى على الذكر، فتتقدم الأخت على الأخ، والعمة على العم، والخالة على الخال، والجدة على الجد، وأصله تقديم الأم على الأب، وإن اختلفت القرابة قدمت قرابة الأب على قرابة الأم، فتتقدم الأخت للأب على الأخت للأم، والعمة على الخالة، وعمة الأب على خالته وهكذا. وهذا هو الاعتبار الصحيح والقياس المطرد. ومن سلك غير هذا المسلك لم يجد بدا من التناقض.(١)

شروط الحضانة:(٢)

للحضانة في الإسلام عدة شروط منها:

أولا: ألا تكون الأم متزوجة بأجنبي عن الصغير المحضون، مع أهليتها للتحمل، ونظافة سلوكها ودينها، وذلك توفيرا للجو الصالح الذي يكفل للطفل نشأة مستقيمة. وغير الأم من النساء يشترط أيضا ألا تكون متزوجة بأجنبي من المحضون، لأن الطفل إذا فقد حنان الأبوين باجتماعهما، فلا أقل من أن يكون بعيدا عمن يبغضه، ويكون مظنة لإيذائه، فالأجنبي لن يطعمه إلا نزراً ولا ينظر إليه إلا شزرا.

---

(١) المرجع السابق، ص ١٢٦.

(٢) نقلا عن: محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٥ــ١١٧.

ثانيا: الأمانة: بأن تكون أمينة عليه، فتكون أمينة على نفسه وأدبه وخلقه. فإن كانت فاسقة مستهترة، لا تؤمن على أخلاق الطفل وأدبه، وعلى نفسه فإنها لا تكون أهلا للحضانة.

ثالثا: العدالة: إذا كانت الحضانة لغير الأبوين، فإذا كان الحاضن معروفا بالانحراف وسوء السلوك بحيث يخشى على الطفل الانحراف إذا ترك عنده، فلا يكون له حق حضانته. أما إذا كان ما هو عليه شيئا لا يترتب عليه ضياع الطفل، فإنه يبقي عنده إلى الحد الذي يخشى فيه أن يتأثر بفعله، وحينئذ ينزع منه.

رابعًا: القدرة على التربية: فإذا كان القريب مريضًا أو هرمًا، فلا حق له في الحضانة.

خامسًا: أن تكون الحاضنة حرة بالغة عاقلة، لأن الأمة ـ بفتح الميم ـ لا تفرغ لخدمة الطفل. والصغيرة لا تستطيع القيام بشؤون نفسها، فأولى ألا تستطيع القيام بشؤون غيرها، والمجنونة كذلك بل أشد.[1]

سادسًا: ويشترط في الحاضنة أن تكون ذات رحم محرّم للطفل، كأمّه وأخته وخالته وعمّته، فلا حضانة للقريبة غير المحرم كبنات الأعمام وبنات العمّات، وبنات الخالات والأخوال. كما لا يثبت الحق في الحضانة للمحارم غير الأقارب كالأم والأخت من الرضاعة، ومن باب أولى إذا لم تكن قريبة أو محرمًا.

سابعًا: يشترط في الحاضنة ألا تكون مرتدة، لأن المرتدة تفسد المحضون ويخشى عليه منها، ولأنّ الواجب في حقها أن تحبس وتستتاب.

ـ أما الشروط التى يلزم توافرها في الرجل الذي له حق حضانة الطفل لعدم وجود أهل لحضانته من النساء فهي:[2]

---

(١) المغني لبن قدامة، ج١ ، ص ٢٣٧.

(٢) محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١١٦ ــ ١١٧.

١-الحريّة.

٢-العقل.

٣-البلوغ.

٤-القدرة على تربية الطفل ورعايته.

٥-الأمانة عليه، فلا حق في حضانة الصغير والصغيرة، للفاسق الماجن لا يبالي بما يصنع وإن كان قريبا محرما لهما.

٦-أن يكون عصبة الطفل، يقدم من يكون مقدما في الميراث.

٧-أن يكون ذا رحم محرما إذا كان الطفل أنثى، فليس لابن عمها حق حضانتها.

٨-أن يتحد دينهما الاتحاد الذي يثبت به التوارث بينهما، فلا يكون للرجل حق حضانة الطفل ولا ضمه، إذا خالف دينه دين الطفل بالإسلام وغيره. وجميع الديانات غير الإسلام تعد دينا واحدا هنا كما في الميراث.(١)

مدة الحضانة في الفقه الإسلامي (٢)

زمن حضانة الطفل من حين الولادة إلى بلوغه مبلغ الرجال، وينقسم إلى مرحلتين:

الأولى: مرحلة الحضانة، وهي التي يحتاج فيها الطفل إلى نوع من الخدمة والرعاية، لا يحسنه في الغالب إلا النساء، لما يتطلبه من الجلد ـ بفتح الجيم واللام ـ والصبر وكمال الشفقة، ولهذا كان الحق الأول فيها للنساء. وتنتهي هذه المرحلة بالنظر إلى الغلام ـ سواء أكانت الحاضنة هي الأم أم غيرها ـ ببلوغه حدا يستقل فيه بخدمة

(١) عبد الرحمن تاج، مرجع سابق، ص ٤٥٥ــ٤٥٦.

(٢) اعتمدنا في هذا على: محمد بن أحمد الصالح، مرجع سابق، ص ١٢٢ــ١٢٤.

نفسه بعض الاستقلال، وذلك بأن يأكل وحده، ويلبس وحده، وينظف نفسه وحده، وقدر بعض الفقهاء ذلك بسبع سنين، وقدره البعض الآخر بتسع سنين، وقد راعى قانون المحاكم الشرعية في مصر كلا التقديرين، فجعل السبع حدا أدنى، والتسع حدا أقصى وللقاضي أن يحكم في ذلك بما يراه مصلحة للطفل، على حسب ما يرى من حاجته وقوته أو ضعفه، فقد نصت المادة العشرون من القانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٢٩م على أن للقاضي أن يأذن بحضانة النساء للصغير بعد سبع سنين إلى تسع.

أما البنت فيفرق بين حضانة الأم والجدة ــ بفتح الجيم ــ وحضانة غيرهما. فإن كانت الحاضنة الأم أو الجدة بقيت البنت عندها حتى تبلغ مبلغ النساء، وإن كانت الحاضنة غيرهما، بقيت عندها إلى سن المراهقة، وهي تسع سنين على المفتى به ــ بضم الميم وتسكين الفاء وفتح التاء ــ عند الحنفية ورواية عن الإمام أحمد، وقيل إحدى عشرة سنة.

وعن الإمام محمد بن الحسن، أنه لا فرق بين الأم والجدة وبين غيرهما، وان الحد الذي تنتهي فيه حضانة البنت سن المراهقة. ولعل سبب التفرقة بين الغلام والبنت فيما تنتهي به حضانتهما، أن الغلام بعد حد الاستغناء عن خدمة النساء، يحتاج إلى نوع أخر من التربية، والتأديب، والتعليم، والتخلق بأخلاق الرجال، وهذه هي مهمة الرجل، يقدر فيها على ما لا تستطيعه المرأة، فينتقل الصبي عند ذلك إلى أبيه.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة ضمه إلى وليه الذي يرعاه، ويقوم على تأديبه بأنواع التربية والتهذيب. أما البنت فهي بعد الاستغناء الذي تشارك فيه

الغلام، في حاجة إلى تدريبها على ما يلزم المرأة من أنواع تدبير المنزل وتنظيمه، وتعويدها ما يحسن من عادات النساء وآدابهن، فإذا بلغت أو كادت كانت في حاجة إلى الحفظ والصيانة، ولا شك أن الرجال على ذلك أقدر من النساء، فتنتقل إلى المرحلة الثانية، مرحلة الضم إلى الولي. والحق في ذلك للعصبة من الرجال، يقدم الأقوى عصبا على غيره على الترتيب في حضانة العصبة، وهو أيضا حق البنت والغلام فيجبر العاصب على ضمها بعد انتهاء حضانتها، ويبدأ وقت الحضانة للنساء من حين الولادة حتى يستغني الغلام بحيث يخدم نفسه، ويكون ذلك ببلوغ سن سبع سنين غالبا.

وأما البنت فتستمر حضانتها حتى تبلغ مبلغ النساء، إذا كانت الحضانة بيد الأم أو الجدة ـ بفتح الجيم ـ وحتى سن التمييز عند غيرها من النساء، ثم تكون عند الأب.

وإنما اختلف حكم الولد عن البنت، لأن القياس أن تتوقف الحضانة بالبلوغ عند البنت والولد جميعها، لأنها ضرب ولاية، ولأنها تثبت للأم، فلا تنتهي إلا بالبلوغ كولاية الأب في المال. إلا أنا تركنا القياس في الغلام، لإجماع الصحابة رضي الله عنهم، لما روي أن أبا بكر الصديق رضي الله عنه، قضي بعاصم بن عمر لأمه ما لم يشب عاصم أو تتزوج أمه. وكان ذلك بحضور جمع من الصحابة رضي الله عنهم، ولم ينكر أحد منهم عليه ذلك، فتركنا القياس في الغلام، لإجماع الصحابة رضي الله عنهم، فبقي الحكم في البنت على الأصل.

ولأن الغلام إذا استغني يحتاج إلى التأديب، والتخلق بأخلاق الرجال، وتحصيل أنواع الفضائل، واكتساب أسباب العلوم، والأب على ذلك أقوم وأقدر، على أنه لو ترك ـ بضم التاء وكسر الراء ـ

في يدها لتخلق بأخلاق النساء، وتعـود بشـمائلهن، وفيـه ضـرر. وهـذا المعني لا يوجد في البنت، ولذا تترك في يـد الأم، بـل إن الحاجـة ماسـة إلى جعلها في يدها إلى وقت البلـوغ، لحاجتـها إلـى تعلـم آداب النسـاء، والتخلق بأخلاقهن وخدمة البيت، ولا يحصـل ذلـك إلا بـأن تكـون عنـد الأم، ثم بعد وصولها إلى هـذه المرحلـة تكـون الحاجـة إلـى حمايتـها وصيانتها وحفظها عمن يطمع فيها، فلابد مـن وجـود مـن يدافـع عنـها والرجال على ذلك أقدر، إما إذا كانت الحضانـة لغـير الأم أو الجـدة مـن النساء، فإن البنت كالغلام تبقي معـهن حتـى تسـتغني بخدمتـها لنفسـها عن النساء، بحيـث تـأكل وحدهـا، وتشـرب وحدهـا، وتسـتقل بخدمـة نفسها، وحينئذ تسلم لـلأب.

ويري بعض العلماء، انتهاء هـذه المرحلـة مـن الحضانـة بالسـن منعا للمشاحنة. وإن حدث اختـلاف سـهل الاحتكـام إلـى ضـابط معيـن مستقيم، فقيل: إنه ينتهي بسبع سنين أو ثمـان للغـلام، وبتسـع أو إحـدى عشرة سنة بالنسبة للبنـت.

مبدأ مصلحة الطفل أولا في الشرع الإسلامي :

يعد مبدأ مصلحة الطفل الأساس الذي ترسو عليه قرارات الحضانة، في محاكم الأحوال الشخصية في كثير من المجتمعات الغربية في الوقت الراهـن. وهذا يعني أن قرار إلى من تكون الحضانة يتعين حسب مصلحة الطفل فـي تلك المجتمعات، وتقيم ظروف كل طفل على حدة. ومن هنا كـان التسـاؤل الذي طرح ــ بضم الطاء وكسر الراء ــ من قبل بعـض المسـؤولين فـي مجالات الصحة النفسية، ورجال القانون هناك حول ما إذا كـانت الأنظمـة الإسلامية تأخذ بهذا المبدأ ؟

الجواب لو أمعنا النظر في كتب الفقه الإسلامي، لوجدنا أن "مصلحة الطفل أولا" تشكل لب ما جرى بين فقهاء الدين الإسلامي حول: مدة الحضانة وإلى من تكون ؟ والأكثر من هذا أن مصلحة الطفل تشكل العامل الأول في قرارات شروط الحضانة في الشرع الإسلامي، كما سبقت الإشارة إلى ذلك من قبل.

فالشرط الأول للحضانة في الإسلام هو: البلوغ، وهذا بطبيعة الحال يؤكد ما هو من صميم مصلحة الطفل وهي: أهمية أن يعتني بالطفل من هو بالغ.

أما الشرط الثاني فهو: العقل، وهنا تعطى مسؤولية هذا القرار لمن يكون أكثر قدرة وتأهيلا للإقرار به، في حالة الشك في كمال العقل، وهذا يعطي الطبيب النفسي مسؤولية كبيرة، لأنه يجعله في موقف قرار حول موضوع جديد في الطب النفسي، ألا وهو: تقييم الأهلية العقلية للقيام بالحضانة. وقرار مثل هذا لا بد وأن يبنى على مصلحة الطفل أولا.

وتأتي وحدة الدين شرطا ثالثا، وهذا يؤكد اهتمام الفقهاء بتوحيد الجو العائلي للطفل، وجعله يتصف بالهدوء والتناسق، وبذلك يكون هذا الجو أنسب وأصح لتربية الطفل ونفسيته، وقد سبقت الإشارة إلى أنه لا يكون للرجل حق حضانة الطفل ولا ضمه، إذا خالف دينه دين الطفل بالإسلام وغيره.

إن فقهاء الإسلام وصلوا إلى قمة الاهتمام بمصلحة الطفل عندما تعرضوا لمسألة الأمانة على حضانة الطفل وأقروا بأنه ليس للفاسق الماجن حق الحضانة، حتى وإن كان قريبا ومحرما للطفل، فإذا كان الفاسق حاضنا انتفي شرط من شروط الحضانة .

ولعل أهم وأوضح نقطة خلاف بين القوانين الوضعية الغربية و الشرع الإسلامي في قضايا الحضانة، يقع في بيان سقوط الحضانة

من الأم إن هي تزوجت برجل آخر .وهذا القرار مبني على قول رسول الله (ص) ـ كما سبق ذلك" حتى تنكح رجلا غيره"، ومن هنا يرى فقهاء الإسلام أن زواج الحاضن برجل آخر، سوف يضع الطفل في موضع صعب من أكثر من جهة ، فاهتمام الأم بزوجها سوف يحرم الطفل الكثير من الاهتمام، كما انه في حالات الخلاف حول الطفل، سوف يضع الطفل في موقف حرج بسبب ولاية الرجل وقوامته، وكل هذه الأسباب من صميم مصلحة الطفل، في رأى الفقهاء الإسلاميين الذين أجمعوا أن زواج المرأة برجل آخر يسقط عنها حضانة ابنها أو ابنتها.

والمجتمعات الحديثة التي يعيشها الناس اليوم، تعقدت فيها الحياة وتشعبت ظروفها، الأمر الذي يتطلب من الفقهاء المسلمين أن يستنبطوا من كتاب الله (القرآن الكريم) وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم، المزيد من العوامل التي تخدم مصالح الطفل والمجتمع، الذي سيكون الطفل عماده في المستقبل، ووضع مسؤولية أكبر على الطب النفسي، ليقيم شخصية ونفسية كل من: الأطفال والبالغين المؤهلين للحضانة من أهله، للوصول إلى تصورات تخدم مصلحة الطفل وأهله.

قد علق الشيخ صالح بن سعد اللحيدان (أحد أبرز علماء الدين الإسلامي في المملكة العربية السعودية) على هذا الموضوع بقوله "في نظر حضانة الطفل، لا ريب أن الطبيب النفسي المتمكن يثري القضاء جدا، ويساعد على التبصر بعين واسعة، يحتاجها للنظر في حالات الحضانة عند من تكون. ولكن هنا لا بد من الإشارة عند البحث عن مسألة الطب النفسي، أنه لابد أن يكون الطبيب النفسي مسلما أمينا حتى يوثق بفحصه وسلامة رأيه. لأن غير المسلم وإن كان أمينا، وإن كان جيدا فلابد أنه يجهل حقيقة مراعاة الشريعة

وحالاتها وقد يتهم في فحصه ونظره. ومثل هذا قد حدث خاصة مع الأطباء النصارى من العرب". [١]

شهادة الطبيب الخبير في قضايا الحضانة:

عند الطلب من الطبيب النفسي تقييم حالة طفل يواجه أبواه الطلاق، هناك عدة خطوات ينبغي أن يتأكد منها الطبيب قبل أن يشرع في عملية التقويم تلك :

(١) **أن يوضح المطلوب تقييمه من الطبيب:** كأن يكون الغرض هو تحديد الحضانة، أو تحديد دور الزيارات، وعددها، ووقتها بالنسبة للوالد غير الحاضن، أو دور المعالج للطفل،لأن كلا من هذه الأدوار لها خطه معينة في التقييم. على الطبيب الحذر عند إعطاء رأيه في الكفاءة العقلية لأي من الزوجين. لأن هذا يستدعي طلبا خاصا معينا لخطورة الموضوع.

(٢) **عدم الانحياز لأي جهة.** وهذا يعني أنه يجب أن يكون معينا من قبل القاضي، وليس من أي طرف من الزوجين، حتى يضمن حياده.

(٣) **أن يصر الطبيب النفسي على تقييم كلا الوالدين .** فلا يمكن أن يعطى رأيا في أحد الطرفين دون معاينة وتقييم الطرف الآخر.

(٤) **مكونات عملية التقييم :** تتكون عملية التقييم من عدة خطوات، تشمل ما يلي :

أ - تعيين أهداف التقييم . وهذا يشمل شرحا لقدرات الوالدين ومحاسنهما. ومن ثم شرحا لما لهما من إيجابيات وما عليهما من مآخذ، فضلا عن شرح للاحتياجات الخاصة بالطفل، وبعد ذلك تعيين الهدف الرئيس من المقابلة وهو: أي الوالدين أصلح ؟ أو أي هدف آخر وفق ما ذكر أعلاه.

---

(١) قتيبة سالم الجلبي . الطب النفسي والقضاء . القاهرة :دار الأنجلو، ١٩٩٤ م .

ب- **المقابلة النفسية مع الوالدين.** وهذه يحسن أن تكون شاملة على عدة نواح، منها: تحديد الدافع الحقيقي الذي جعل أحد الوالدين يطالب بالحضانة. وهذا مهم لأن كثيرا ما يكون الدافع هو: الرغبة غير الصادقة في حضانة الطفل ورعايته. فقد يكون الدافع الحقيقي هو: الانتقام من أحد الأطراف. والتسبب في إيقاع الآلام به. أو قد يكون الغرض اقتصاديا بحتا، فقد يعتقد الأب مثلا انه في حالة الحصول على الحضانة أو الحضانة المشتركة، لن يدفع نفقات إعالة الطفل بالكمية نفسها لو كانت الحضانة عند الأم. وفي قوانين بعض المجتمعات العربية يكون البيت أو الشقة تابعا للوالد الحاضن، وربما كان هذا هو السبب وراء طلب الحضانة. وسوف يكون تقدير الطبيب النفسي أن الوالد الذي يريد الطفل بسبب حبه له، أنسب من الوالد الذي يريد الطفل لأسباب أخرى.

وقد يكون أحد الوالدين أحيانا غير صادق في حضانة الطفل، وإنما يطالب بالحضانة تفاديا للخجل من الناس إن اتهموه بإهمال مستقبل طفله. ولهذا فإن محاولة تتبع الاضطراب والتناقض في أسلوب الوالدين مهم جدا في عملية التقييم. كما أن من الأهمية بمكان تتبع مسار تفكير الوالدين، وإلى أي مدى كان انشغالهما بحالة الطفل. فضلا عن فحص نوعية الرعاية التي أعطيت للوالدين عندما كانوا في مرحلة الطفولة، فهذا جزء مهم من عملية التقييم. إذ يستفسر الطبيب عن طبيعة العلاقة بين والدي كل من الزوج والزوجة، ومعرفة ما إذا كانا مطلقين أم لا ؟ وعما إذا كانت هناك أدلة على سوء معاملة الوالدين للزوجين ؟ وهل كان الحب في العائلة عند مستوى يكفل الحياة مع استقرار نفسي جيد لهما ؟ وهكذا.

وعملية تقييم الزوجين يحسن أن تشمل مقابلتهما معا في الوقت نفسه. وقد يكون هذا صعبا لا سيما في حالة وجود مشاحنة بينهما، ولكن هذه

الطريقة في التقييم لا يمكن الاستغناء عنها، إذ لابد أن يرى الاستشاري النفسي بأم عينيه ما يحدث بين الزوجين من ردود أفعال، وكيف يتعاملان مع بعضهما البعض، وقدرتهما على التعاون في سبيل مصلحة الطفل. لأن هذه أمور مهمة في حالة الحكم بالحضانة أو الحضانة المشتركة. ومن الضروري أن يتعرف الطبيب النفسي على طريقة الزوجين في تأديب الطفل. وأن يؤخذ في الحسبان بعض العوامل المحيطة بهما مثل: أي من الزوَجين يسكن في سكن أكثر ملاءمة لحياة الطفل ومن يملك مواصلات لتأمين تنقلات الطفل في حالات الطوارئ مثلا، وأيهما أكثر انغماسا في عمله إلى درجة قد تؤدي إلى إهمال الطفل.

ج -**المقابلة النفسية مع الطفل:** لا يخفي أن المقابلة المباشرة مع الطفل هي أهم خطوة يقوم بها الاستشاري النفسي في عملية التقييم. وهنا يحسن أن يركز على نواح معينة مثل: تحديد مستوى الطفل الوظيفي وتقييمه. وهذا يعني قدرته على القيام بما يتوقع أن يكون بمقدور طفل في مثل سنه أن يعمله. وتشمل هذه العملية: التقييم الوظيفي للطفل وهو مع كل من: أمه وأبيه منفردا ثم وهو مع الاثنين معا، بعد ذلك يتعرف الاستشاري النفسي على الاحتياجات الخاصة للطفل، وإلى أي من الوالدين يكون تعلقه. ويحاول الاستشاري النفسي أن يميز بين ما يقوله الطفل وهو صادق فيه، وما يقوله وهو من تلقين أحد أبويه، فأحيانا يكون الطفل ملقنا، أو أجريت له عملية غسيل للمخ، ومثل تلك المناورات يجب ألا تخفي على الطبيب. الذي من المستحسن أن يعرف أين تكمن مصلحة الطفل، وأن يتعرف على ولائه، وتعلقه الحقيقي بالوالدين.

كما يستحسن أن يلتزم الطبيب النفسي بأن يكون العامل الوحيد في تعيين الجهة الحاضنة هو: الاحتياجات الراهنة للطفل. والنظر إلى الطفل نظرة

طويلة الأمد، ومراعاة الأخذ باحتياجاته على مدى سنوات طويلة، بما في ذلك تطور احتياجاته تبعا لتطور نموه إلى نهاية مرحلة المراهقة، وفي ضوء كل ذلك يقرر الطبيب أنسب الوالدين لحضانة الطفل.

د -**ملاحظة طبيعة علاقة الطفل بوالديه:** هنا يراقب الاستشاري النفسي الطفل وهو بين والديه، لكيّ يعرف على مقدرة الوالدين على تنظيم نفسيهما لتلبية احتياجات الطفل، ويتعرف كذلك على كيفية تعامل كل من الوالدين على حدة مع الطفل، وكم من الرعاية والحنان يصدر منهما بصورة طبيعية لا مفتعلة. ومن المهم أيضا مراقبة الطريقة التي يسيطر بها على مشاعره وانفعالاته، وكيفية تعلم الآداب والأصول، ومعرفة أي من الوالدين يعلمه ذلك.

هـ- **التعرف على الأقارب المهمين** : وذلك في حياة الطفل من جهة أبيه وأمه. ففي كثير من الأحيان تعطى الحضانة إلى أحد الوالدين، فيما تكون الرعاية الحقيقية من الجدة ـ بفتح الجيم ـ أو العمة أو غيرهم. ومن هنا تنبع أهمية التعرف على ما ينتظر الطفل، من الذين سيقومون على رعايته بالفعل.

المراجع:

(١) الرازي \ محمد بن أبو بكر بن عبد القادر: " مختار الصحـــاح ط١، دار الكتاب العربي، بيروت، لبنان. ١٩٦٧.

(٢) الكاساني \ علاء الدين أبو بكر الحنفي: "بدائع الصنـــائع فـي ترتيـب الشرائع" دار الكتاب العربي، بيروت، ١٩٧٤.

(٣) بن القيم \ شمس الدين محمد الدمشقي: "زاد المعاد في هدي خير العبـاد" (١-٤) القاهرة، مطبعة البابي الحلبي، القاهرة. بدون تاريخ.

(٤) الصنعاني \ محمد بن اسماعيل: "سبل السلام شرح بلوغ المرام" مطبعـة الإمام، القاهرة، مصر.

(٥) الجصاص \ أحمد بن علي الرازي: "احكـام القـرآن الكريـم" مطبعـة الأوقاف الاسلامية، دار الخلافة العلمية، ١٣٣٥ه.

(٦) الشوكاني \ محمد بت علي: "نيل الأوطار" وهو شرح منتهي الأخبار لعبد السلام بن تيمية. مطبعة الحلبي، القاهرة، مصر.

(٧) لعاصمي\ عبد الرحمن بن محمد بن قاسم، "الإحكام شرح أصول الأحكام" الطبعة الاولي. ١٣١٢ه.

(٨) الزيلعي \ فخر الدين عثمان بن علي: "تبين الحقائق شرح كنز الدقـائق" مطبعة بولاق، القاهرة، مصر. ١٣١٥ ه.

(٩) صالح \ سعاد إبراهيم : علاقة الآباء بالأبناء في الشـريعة الإسـلامية، دراسة فقهية مقارنة، ط١ الكتاب الجـامعي. دار تهامـة للنشـر، جـدة ١٩٨١.

(١٠) بن قدامة \ عبد الله بن أحمد المقدسي: "المغني شرح مختصر الخرقـــــي" مطبعة الأمام، القاهرة. ١٩٦٥.

(١١) الشافعي \ أبو عبد الله محمد ادريـــــس: الأم (١-٧) بـــهامش مختصـــر المزني، مطبقة بولاق، ١٣٢١هـ.

(١٢) الدسوقي \ محمد بن عرفة المالكي: حاشية الدسوقي على الشرح الكبـــير، (١-٤) مطبعة عيسى البابي الحلبي - مصر بدون تاريخ.

(١٣) الجلبي \ قتيبة سالم: الطب النفسي والقضـــــاء، دار الأنجلـــو، القـــاهرة، ١٩٩٤.

الفصل العاشر

الطب النفسي القضائي في قوانين الأحوال الشخصية الإسلامية

الأهلية العقلية في الزواج والطلاق

في معظم القوانين الوضعية في العالم يكون هناك حد أو قدر معين من الأهلية العقلية التي يجب أن يكون عليها الشخص الراغب في الزواج قبل أو يكون ذلك الزواج صحيحا. وتقدر تلك الأهلية بأن يكون الراغب أو الراغبة في الزواج ذات قدرة عقلية يفقه فيها معنى الزواج والعلاقة الجنسية، والواجبات التي تترتب على ذلك. أما في الشرع الإسلامي فإن ذلك الشرط لا يفرض توافره، فيمكن للطفل الذي في الخامسة من العمر أو أقل أن يتزوج من خلال الولي.

زواج الصبي: لا يحق للصبي في سن دون السبع سنوات من العمر أن يزوج نفسه، ولكن هذا لا يعني أنه لا يستطيع أن يتزوج. إنما الذي يتولى تزويجه هو الولي، ويكون الزواج صحيحا تترتب عليه جميع الأحكام الشرعية. ولكن إذا كان الولي غير الأب أو الجد، فالزواج صحيح إلا أنه غير لازم. أي أنه يجوز لكل من الصغير أو الصغيرة أن يفسخ هذا الزواج عند بلوغه. ولكن إذا كان الولي الأب أو الجد فإنه يبقى صحيحا لازما في حق الصغير والصغيرة (التقرير والتحبير ج٢ص١٧٤).

أما إذا كان الطفل أكثر من السبع سنوات من العمر، فإنه يستطيع أن يزوج نفسه من دون الرجوع إلى الولي ابتداء. ولكن هذا الزواج لن يكون صحيحا إذا لم يوافق عليه الولي. فإذا وصل الصبي سن البلوغ أصبح باستطاعته أن يتزوج دون الرجوع إلى أية ولاية.

أما الطلاق فإنه لا يمكن أن يتم من خلال ولي. فلا يملك الولي أن يطلق ولو كان في إمكانه أن يزوج أصلا. فلا يملك الطفل في سن أقل أو أكثر من السابعة أن يطلق، لأن الطلاق في الإسلام يتطلب قدرة أي أهلية عقلية خاصة لهذا الغرض.

من المهم أن نذكر هنا أن كل ما يتعلق بالأهلية في الزواج المطبقة على الصبي يمكن أن يقاس عليها في الجنون والعته. أي أن زواج المجنون من خلال الولي صحيح مهما كانت درجة أو شدة الجنون، كذلك لا يكون طلاقه صحيحا إلا إذا كان ذو عقل راجح. إن تفاصيل القدرة أو الأهلية العقلية في الطلاق تحتاج إلى مجال خاص بها ولذا فإنها سوف تناقش في الفصل المختص بقوانين الأحوال الشخصية في فصل قادم.(التقرير والتحبير ج٢ ص١٧٤، الزواج والطلاق في الإسلام ص٤٧).

لقد أعطى العلماء المسلمون للشرائع التي تنظم الأسرة، اهتماما كبيرا من خلال دراساتهم على مدى القرون الطويلة. ومن تلك الدراسات، هناك الكثير من الفصول والأبواب التي شملت ما يهم الطب النفسي والقضايا الشرعية المتعلقة به. وذلك عندما يناقشون الحالات النفسية والعقلية التي يكون عليها لأحد أفراد الأسرة، ويؤثر ذلك بطبيعة الحال في حكم القاضي وما يراه مناسبا لمصلحة تلك الأسرة والصالح العام من خلال الشرع وحدود الله. لقد اجتهد الكثير منهم في قضايا تكون في عصرنا هذا من اختصاص الطب النفسي. ولقد كانوا مصيبين في معظم ما توصلوا له من استنتاجات طبية نفسية، وسوف نناقش تلك القضايا بما نستطيع من إمكانيات.

إن دور الطب النفسي في النظم والشرائع التي تخص الأسرة أو العائلة، يتعين بالكلمة المستعملة هنا ألا وهي "الأسرة". فنحن نعرف أن الطب النفسي لا يمكن أن يمارس ممارسة صحيحة إلا بدراسة الأسرة والعائلة. وبما أن القضايا الشرعية التي تشمل نظم الأسرة هي قضايا تتعلق بالزواج والطلاق وحضانة الطفل ومشكلات الإساءة إلى الأطفال، لذا كان الطب النفسي أحد المصادر الأساسية التي تقيم عليها تلك القضايا. لقد اخترنا أن نعطي فصلا خاصا بموضوع الإساءة إلى الطفل وشهادته لأنه موضوع قائم بذاته على

الرغم من أنه جزء من القضايا العائلية، ولأنه في كثير من الأحيان يشمل من يكون خارج العائلة مثل قضايا الاعتداءات الجنسية على الأطفال وغيرها. ومن هنا سوف يكون نقاشنا في هذا الفصل محصورا في قضايا الزواج والطلاق وحضانة الطفل.

أثر الجنون في صحة الزواج :

لقد سبق تفصيل ما يتعلق بالأهلية العقلية في كل ما يكون عليه الراغب في الزواج من رجل أو امرأة من شروط تحدد الأهلية العقلية المطلوبة في الشرع الإسلامي. أما الآن فسيشمل نقاشنا ما يكون عليه صحة الزواج فيما يتعلق بالأمراض العقلية التي تجعل أحد الزوجين في حكم المجنون.

لقد اختلف كثير من الفقهاء في حكم أثر الجنون في النكاح. وقال كل من المذهب المالكي والشافعي والحنبلي أن الجنون يعتبر عيبا في النكاح، سواء أكان ذلك الجنون مطبقا، أم متقطعا، وسواء أصيب به الزوج أو الزوجة. ولقد اعتبروا حالة الجنون عيبا يعطل الاستمتاع المتوقع من الزواج. ومن هنا أعطوا حق الخيار للمرأة في فسخ الزواج. والحق في فسخ الزواج مختص في قرار المرأة فقط، لأن الرجل له حق الطلاق في أي حال.

ثم فصل المذهب المالكي في ذلك بأن الخيار في فسخ الزواج يكون فقط عند كون الجنون موجودا قبل أو حين عقد النكاح. فإذا طرأ الجنون بعد عقد النكاح فهناك تفصيل في الموضوع، فإذا أصيب به الزوج فإن للزوجة الخيار في الفسخ وذلك لدفع الضرر الداخل عليها. أما إن ابتليت به المرأة فلا يعطى الزوج الخيار في الفسخ، ولكن هذا سوف لن يحرمه حق الطلاق إن شاء.

أما الشافعية والحنابلة فلقد فصلوا بأن الخيار في فسخ النكاح يجب أن يكون مشروطاً بعدم العلم بحالة الجنون تلك حال كتابة عقد النكاح. أما إذا كان هناك علم مسبق به فلا خيار يعطى بالفسخ.

أما فقهاء الحنفية. فلقد ذهب معظمهم إلى موقف مختلف تماماً. وذلك إذ قالوا: إن الخيار بفسخ الزواج لا يجوز بسبب الجنون مهما كانت الظروف. فهم لا يعطون الزوج ولا الزوجة الحق في الفسخ بسبب مرض عقلي يؤدي إلى الجنون. إلا أن القلة من الحنفية قد أعطى الخيار للزوجة وليس للزوج، وذلك لأن الزوج له حق الطلاق أصلاً (الموسوعة الفقهية الكويتية ج١٦ ص١٠٨).

الطلاق والأهلية العقلية له:

لقد أعطى الشرع الإسلامي الأصول التي تنظم الطلاق أهمية كبرى، فعلى العكس من الزواج الذي هو خير في مجمله، يكون الطلاق شرّاً لابد منه في الغالب. ولهذا فإن الإسلام قد سهل الزواج وجعل الشروط المتعلقة به سهلة للغاية، فحتى المجنون والمعتوه والطفل يحق له الزواج عن طريق الولي. إن الطلاق محكوم بشروط أصعب، فبينما لا تكون هناك أهلية عقلية مشروطة للزواج، إلا أن الطلاق مشروط دائماً بوجود العقل وآلته. ولقد شرع ذلك الله سبحانه وتعالى حفاظاً على تكامل العائلة وتماسكها. ولسوف نرى أن وجود العقل الخالي من الاضطرابات النفسية التي تسبب الجنون ليس هو الشرط الوحيد في صحة الطلاق، ولكن يستوجب على هذا العقل أن يكون خالياً من المؤثرات الحسية والدوائية أو المخدرات أو المسكرات، بل حتى حالة الغضب الشديد مرتبطة في صحة الطلاق بحال من الأحوال.

إن ارتباط حق الطلاق بالرجل كان سبباً آخر لوضع شروط صعبة في هذا الحكم. فنحن نعرف أن الإسلام عندما أعطى الرجل ذلك الحق لم يكن

معناه أن الرجل حر يطلق متى يشاء ويرجع زوجته متى يشاء. فالإسلام قد حرم الظلم، والطلاق الجائر من دون سبب، لا يقره الشرع ويكون الرجل آثماً أمام الله إذا لم يستخدم حق الطلاق بصورة صحيحة وعادلة. ومن هنا كانت التشريعات التي تحكم وقوع الطلاق مرتبطة بالحالة العقلية للرجل. كما أن وضع الطلاق البائن وكونهِ غير رجعي بعد الطلقة الثالثة إلا في حالة زواج المرأة من رجل آخر وطلاقها منه، يجعل أمر الطلاق أكثر خطورة. هذا بالإضافة إلى أن الطلاق يكون واقعاً بمجرد النطق به، ولا يمكن أن يؤخذ إلا في موقع الجد. فأي لفظ يقال يحمل معنى الطلاق، سوف يجعل الطلاق حالة واقعة ويتحتم أن يتحمل الزوج والزوجة نتائجها. وهذا يعني أنه في حالة فض الطلاق ووقوعه لن يزيله أي ندم يبدر من الزوج ولو أبداه بعد دقائق من لفظ الطلاق البائن. ولقد قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) "ثلاثة جدهن جد وهزلهن جد النكاح والطلاق والرجعة" وفي رواية والعتق(سنن أبي داود ج١ص٥٠٧). ولذا فإن وقوع الطلاق محكوم بتمام صحة آلة العقل وخلوها من أي مؤثر ضار. كما يشترط أن تكون آلة العقل تلك عاملة بصورة صحيحة وقاصدة لكل كلمة تقال ومدركة لمعناها.

في نقاشنا للأهلية العقلية في وقوع الطلاق، سوف نقسمه إلى أربعة أقسام: أولاً: عمر الزوج. ثانياً: أثر المرض العقلي. ثالثاً: حالة السكر، إرادياً أم قسرياً. ورابعاً: أثر حالة الغضب.

عمر الزوج : إن مناقشة عمر الزوج كعامل من عوامل الأهلية في الطلاق، هي مناقشة أكاديمية بحتة. والسبب أن كان زواج الطفل في أي عمر ممكناً شرعاً وذلك من خلال الوصي أو الولي. إلا أنه واقعياً لا يحدث هذا إلا نادراً جداً. كذلك ففي معظم المجتمعات الإسلامية هناك قوانين سنت، تحدد عمر الزوج وتمنع زواج الطفل غير المميز أو حتى الطفل المميز.

يأخذ الفقه الحنفي موقف الأغلبية في هذا الموضوع ويمنع وقوع طلاق الطفل في أي عمر. أي أن الطفل لا يستطيع أن يطلق زوجته حتى لو كان مدركاً لمعنى الطلاق وما يترتب عليه. فهو بذلك لا يكتسب حق الطلاق إلا حين يبلغ سن النضوج الجنسي. أما في المذهب الحنبلي فإن الطفل إذا تجاوز سن العاشرة وكان ذا معرفة وتمييز بمعنى الطلاق وما يترتب عليه حق له طلاق زوجته. والجدير بالذكر هنا أن الولي أو الوصي وإن كان له حق في تزويج موكله إلا أنه لا يحق له أن يطلق له زوجته.

المرض العقلي :هناك إجماع من كل الفقهاء على أن المصاب بمرض عقلي أيّا كان نوعه مما يؤدي به إلى أن يتصف بالجنون، فإن ذلك الشخص غير مؤهل أن يعطي قراراً بطلاق زوجته. ويقاس على مقياس الجنون كل من كان متخلفاً عقلياً أو كان تحت تأثير مخدر حتى لو كان ذلك المخدر قد أعطي له بصورة مشروعة كأن يكون علاجًا يأخذه أو مسكنات أفيونية لألم يقاسي منه. أما إذا أخذ أي مادة مخدرة من تلقاء نفسه ولسبب غير طبي أو غير مقبول شرعاً فإن طلاقه حين ذلك يدخل ضمن طلاق السكران، الذي سوف يبحث أدناه.

تأثير السكر والمؤثرات العقلية الأخرى : تتفق معظم القوانين الوضعية على أن من يتناول مادة مسكرة أو مخدرة بصورة إرادية، يكون مسؤولاً عما يقوم به من أعمال. أي أن أي شخص يقوم بجناية أو جنحة أثناء سكر أو فقدان لوعي نتيجة تناوله مادة مخدرة بصورة إرادية فإنه يحاسب عليها، بغض النظر عن كونه قام بذلك العمل وهو في وعيه أم لم يكن. ويتفق الشرع الإسلامي في عمومية هذه المقولة، إلا أن لطلاق السكران أو من يكون في حكمه من متناولي المخدرات اجتهادات لا بد من تفصيلها .

لقد كان رأي جمهور الفقهاء المسلمين علـــى المذاهــب الأربعــة: أن السكران مهما كانت درجة سكره ومهما كانت شدة انخفاض مقدرته العقليـــة، فإنه إن لفظ بالطلاق فسوف تكون امرأته طالقاً، ويكون هذا الطلاق بائناً غـير رجعي فيما لو كانت تلك الطلقة الثالثة حتى لو أنه ندم ساعة إفاقته.

ولقد أسند العلماء حكمهم هذا إلى أن من يســكر أو يتنــاول المخــدر بإرادته، هو آثم كبير. وهو حين يطلق زوجته أثنـــاء سـكره فإنــه يكــون مستحقاً لوقوع الطلاق الذي لم يقصده أصلاً، كنـــوع مــن أنـــواع العقوبــة عليه لإثمه في تناول المسكر. إلا أن هناك من العلمــــاء مــن جــادل هــذه المقولة وقال: إن الحكم بالطلاق كنوع من أنــواع العقــاب للــزوج ســوف يؤثر سلبياً على من هم أبرياء، أي الزوجـــة والأولاد. ولكــن هنــاك مــن أعطى تعليلاً آخر لهذا الحكم وهـــو أن الرجــل الــذي يتنــاول الخمــر أو المخدر هو إنسان لا يستحق أن يكون زوجـــاً أو أبـــاً.

ولقد أخذت بعض الدول الإسلامية مثـــل: مصـــر والمملكــة العربيــة السعودية بعدم وقوع طلاق السكران، إذا ندم على ما بدر منه بعد إفاقته.

تأثير الغضب على حكم الأهلية في الطلاق:

يتميز التشريع الإسلامي بشموليته ودقته. ومن الأمثلة الكثيرة على ذلــك أنه أعطى للأهلية العقلية في القرارات والأحكام ما لم يعطه أي تشريع إنساني مهما تعمق وتبحر في الموضوع. ومن ذلك أنه وضع الغضــب بمكــان لــم يضعه أحد من المشرعين فيما سبق كعامل من العوامل التـــي تؤثــر علـــى الأهلية. ولقد وضع الشرع الإسلامي عامل الغضب كأحد العوامل التي تؤثــر على شرعية قرار الطلاق بالذات ولم يضع هذا العامل في مكان آخــر مثــل الأهلية في المبايعات و كتابة العقود، لأن حالة الغضــب لا يتوقــع منـــها أن تستمر بحيث تؤثر في كتابة عقد أو مبايعة.

إن الحياة الزوجية لا تخلو من المشاحنات والخلافات. ولكن تلك الخلافات على الغالب لا تسبب قلقاً في تلك الحياة بحيث تفسدها وتؤدي إلى الطلاق. بل إن معظم الزيجات تتم بالتعايش مع تلك الخلافات والتأقلم عليها. وكلنا يعلم أن الغضب قد يطغى على الزوج في لحظة من اللحظات بحيث يجعله ينطق بكلمة الطلاق وهو لما يستقر عليه فؤاده. ثم أنه ينـدم بعد أن يزول عنه الغضب ويبدأ في تحكيم عقله. ولهذا السبب وحفظاً على الحياة الزوجية من الضياع بأسباب خارجة عن حكم العقل، شرع الشارع الحكيم إمكانية عدم وقوع الطلاق، إذا طلق الرجل وهو في حالة غضب وندم على ما فعل بعد ذلك. لقد روي عن الرسول (صلى الله عليه وسلّم) عن عائشة ورواه أحمد وأبو داود وابن ماجة، "لا طلاق ولا عتاق في إغلاق" وفسر الإغلاق بالغضب، وفسر بالإكراه وفسر بالجنون. قال ابن تيمية كما في زاد المعاد: "حقيقة الإغلاق أن يغلق على الرجل قلبه فلا يقصد الكلام أو لا يعلم به كأنه انغلق عليه قصده وإرادته. ويدخل في ذلك طلاق المكره، والمجنون، ومن زال عقله بسكر أو غضب، وكل مالا قصد له، ولا معرفة له بما قال".

إن مجرد التراجع عن الطلاق بعد اللفظ به غير كاف لإلغاء وقوعه. بل يجب أن يثبت أن ما قيل بمعنى الطلاق لم يكن في حالة غضب أو لم يقصد منه الطلاق أصلاً. ولم يختلف الفقهاء على مبدأ عدم صحة طلاق الغضبان، ولكنهم اختلفوا في درجة أو شدة أو نوع الغضب الذي لا يقع معه الطلاق. ولهذا فقد درس الفقهاء المسلمون حالة الغضب وعينوا لها درجات، يحكم على أثرها بوقوع الطلاق أو عدم وقوعه بسبب الغضب. ولهذا فهم قد قسموا الغضب ثلاثة أقسام أو درجات كما قسمه ابن القيم في كتابه زاد المعاد:

١- الغضب الذي يسبب زوال العقل بحيث ألا يفقه معه الرجل ما يقول. ويكون الرجل غير مدرك لما يفعل. أي أن ضجة الغضب تلك قد أدت

إلى حالة تشبه الجنون. ومن الممكن تشبيه تلك الحالة فيما نعبر عنه في كلامنا المعاصر في الطب النفسي بالجنون المؤقت. وهذا النوع من الغضب لا خلاف عليه بين العلماء على أن الطلاق لا يقع معه.

٢- أن يستحكم به الغضب ويشتد ولكنه لا يزيل عقله بالكلية. وهنا لا يمكن أن نقيس حكم الجنون على الغضبان، لأنه لا زال محتفظاً بعقله وواعياً لما يقول. ولكن شدة الغضب تلك تكون من الحدة بحيث تحول بين الرجل الغاضب والنية التي في قلبه. فقد يقول ما لا ينوي فعلاً على عمله. أو أنه يعني ما يقول ولكنه يندم بعد تلفظه بكلمة الطلاق أو معناها. وحكم هذه الدرجة من الغضب فيها خلاف بين الأئمة. فالأغلبية من الفقهاء من رأى أن الطلاق يقع. ولكن هناك من يرى أنه لا يقع. وقول ابن القيم: إن هذا النوع من الغضب على الرغم من أنه لا يقاس على الجنون، لأن الرجل يكون مدركاً لما يقول وعالم به، ولكنه غير قادر على تحكيم عقله بحيث يستطيع إدراك نيته الحقيقية. ولهذا فإنه في تلك الحالة سرعان ما يدرك خطأه بعد زوال الغضب ويندم على ما بدر منه. ومن ذلك المنطلق فقد قال ابن تيمية: إن الطلاق لا يقع في تلك الحالة إذا رأى القاضي ذلك. أي أن القرار الأخير للقاضي، وهو سوف يقدر الموضوع ويقيس درجة الغضب ويحكم بوقوع الطلاق أم لا، فإذا رأى القاضي بأن الغضب وإن كان لم يفقد الرجل إدراكه ولكنه أفقده القدرة على تحكيم النية، ودليل ذلك ندمه بعد أن تلفظ كلمة الطلاق وزوال حالة الغضب تلك، عندئذ لن يكون الطلاق واقعاً. إن القرار بعدم قياس هذا النوع من الغضب على الجنون لاحتفاظ الشخص الغاضب بإدراكه، جعل كثيرا من الفقهاء يحكم بوقوعه، ولهذا فإن أكثر

علماء المذاهب يحكمون بوقوع ذلك الطـــلاق (الفقـــه علـــى المذاهـــب الأربعة للجزيـــري ج٤ ص٢٩٤).

٣- أن يكون الغضب في أول أمره، فلا يغير عقل الغضبان بحيث يقصد مـــا يقوله ويعلمه، ولا يكون غضبه حائلا بينه وبين قدرته على عزم النيـــة. وهذا النوع من الغضب يقع به الطلاق بإجماع الأئمة.

طلاق السفيه:

السفيه هو من فقد الأهلية أو الكفاءة العقلية في التصرف في ماله، وذلك لعدم قدرته على التحكم في ثرواته وليس من الضرورة أن يكون عديم الكفاءة في الأمور الأخرى، فقد يكون في كامل ذكائه وتقييمه للواقع حوله.

وعلى الرغم من وجود بعض الخلاف بين العلماء في صلاحية أو أهليـــة السفيه أن يتزوج أو يزوج نفسه بمعنى أصح، إلا أنهم يعطون الحق للســـفيه بأن يطلق زوجته في أغلب الظروف إن شاء. فالحنفيـــة يقولـــون: إن حكـــم السفيه البالغ صحيح في التصرفات التي تحتمل الفسخ ولا يبطلها الهزل مثـــل النكاح والطلاق والعتق. أما المالكية: فقد أعطوا حكم السفيه نفس حكم الصبي المميز في التصرفات مثل كتابة الوصية وغيرها، أي أن تصرفاته تصـــح إذا كان فيها نفع محض فقط، فإذا غمت الفائدة أو النفـــع وجـــب إذن الولـــي أو الوصي. أما الشافعية: فإنهم يرون أن تصرف السفيه المحجـــور عليـــه يقـــع باطلا في النكاح ولكنه صحيح في الطلاق والمراجعة. ويقـــول الحنابلـــة: إن الولي إذا أذن له بأن يتزوج فباشر ذلك بنفسه فإنه ينفذ، أي أنـــه لا يســـتطيع الزواج إلا بإذن وليه، إلا إذا كان الولي متعسفا ومنعه من الزواج وكان بحجة لذلك كأن لم يكن متزوجا. ولذلك يصح للسفيه أن يطلق زوجته مـــن دون إذن الولي ويخلعها بمال يأخذه.

الخلـــع:

لقد أعطى الإسلام حق الطلاق للزوج، ولكن قد يحدث أن تبغض المرأة زوجها، أو تلقى منه ما يشق عليها أن تحمله أو تتضرر من بقـــاء الزوجيـــة واستمرارها بينها وبين زوجها، لأي سبب كان، فإذا حدث ذلك كله أو بعضـــه فلقد شرع الإسلام مخرجاً لذلك، من دون أن تلجأ الزوجة إلى القضاء، وهـــو أن تقدم إلى زوجها شيئاً من المال تفتدي نفسها به. وهذا جوهر مــــا يســـمى بالخلع.

معنى الخلع:

هو في اللغة النزع والإزالة. والخلع في الشرع هو إزالة ملـــك النكـــاح الصحيح بلفظ الخلع أو بما في معناه كالمبارأة أي أن يتبرأ أحد الزوجين مـــن الآخر. وحتى يكون الخلع صحيحاً يجب أن يكـــون واقعـــاً بلفـــظ الخلـــع أو المبارأة، وذلك لتفرقته عن الطلاق. وأن يكون بمقـــابل عـــوض مـــن قبـــل الزوجة، وأن يكون الخلع حال قيام الزوجية. ويرضـــــى كـــل مـــن الـــزوج والزوجة وتقبل الزوجة دفع البدل. فالخلع بذلك يتميز عن الطلاق بكونـــه أولاً يتم باتفاق الطرفين، بينما لا يشترط رضا الزوجة في إيقاع الطلاق. كذلك فإن رجوع الزوجة إلى الزوج لا يتم إلا بموافقتها حتى لو كانت في العدة، بينمـــا يحق للرجل استرجاع زوجته من دون الحاجة إلى إذنها قبل انتهاء العدة فـــي المرتين الأوليين للطلاق. ومنها أيضا أن للزوج أن يرد زوجته ويخالعها لعدد غير محدود طالما كان ذلك برضاها، بينما يكون الطلاق بائنا بينونة كـــبرى بالمرة الثالثة فقط (الزواج والطلاق في الإسلام ص٣٩١ لبدران).

الأهلية العقلية في الخلـــع: بينمـــا يكـــون الطـــلاق مرتبطـــا بـــأن يكون الرجل أي الزوج في حالة نفســـية مســـتقرة يكـــون فيـــها ذا كفـــاءة

عقلية تسمح له بأن يكون مؤهلاً عقلياً لأن يطلق زوجته. إلا أن الحال في الخلع مختلف قليلاً، وذلك لأن الخلع عملية تتطلب اتفاق الزوجين معاً. ومن هنا فالخلع يتطلب أن يكون كل من الزوج والزوجة في حالة عقلية تسمح لهما بمثل هذا الاتفاق. ويشترط في كل من يلتزم العوض أن يكون أهلاً للتصرف المالي. وهو العاقل المكلف الرشيد. فلا يصح للصغيرة، أو المجنونة، أو السفيهة أن تخالع زوجها بمال. كما لا يصح للصغير أو المجنون أن يطلق زوجته. وبخلاف السفيه فإنه يُسمح له أن يطلق ولا يصح له أن يلتزم المال. وفي ذلك بعض من التفصيل في المذاهب.

قال الحنفية مثلاً: لا يصح للصغيرة أن تلتزم العوض المالي، ولكن إن خالعها زوجها فسوف تبين منه إذا كانت أكبر من سبع سنوات من العمر وتعرف أن الطلاق يعنى الفرقة، ولكن في تلك الحالة فالعوض المالي لن يلزمها. فكأنه قد تبرع بخلعها. ويستطيع أبو الزوجة أن يخلع ابنته الصغيرة كبرت وأجازت ذلك الخلع فإن عليها العوض المالي. أما إذا خالعها من ماله الخاص، فإن الخلع يصح سواء أجازت ابنته ذلك بعد أن تكبر أم لم تجز. وذلك لأنه يستطيع أن يخلعها من ماله من دون رضاها على أي حال حتى لو كانت راشدة وذلك لأن الطلاق أصلا بيد الرجل وله أن يخلع زوجته إن شاء بالاتفاق مع أبي الزوجة، إلا أن هناك من الفقهاء المسلمين من لا يقر ذلك، لأن اتفاق الأب مع الزوج من دون إجازة الزوجة سوف يسمى طلاقا وليس خلعا. أما إذا كانت الزوجة سفيهة، أي أنها مبذرة للمال ومفسدة له في وجه غير شرعي، فإن مخالعتها لزوجها لا تصح لأنها غير مؤهلة لأن تتصرف في المال فيكون فراقها طلاقا وليس خلعا. ولكن في بعض المذاهب يصح للسفيهة أن تخلع زوجها إذا وافق وليها على ذلك. وفي البعض الآخر مثل

المذهب الحنبلي لا يجوز للولي أو الوصي أن يجيز أو يقوم بقبول العـــوض المالي للزوجة السفيهة. وكذلك يحرم على الزوجين أن يتخالعـــا فـــي زمـــن المرض، ولكن إذا وقع الخلع بينهما في مرض الزوجة فإن الطلاق البائن ينفذ ولا يتوارثان ولو حصل الموت وهي في العدة (الفقه على المذاهب الأربعـــة ج٤ص٣٩٨).

المراجع

مراجع الكتاب

أ- مراجع باللغة العربية.

- القرآن الكريم.
- تفسيرابن كثير.
- الرازى، محمد بن أبو بكر بن عبد القادر. مختار الصحاح. ط١، بيروت: دار الكتاب العربي، ١٩٦٧م.
- الكاساني، علاء الدين أبو بكر الحنفي. بدائع الصنائع في ترتيب الشرائع. بيروت: دار الكتاب العربي، ١٩٧٤م.
- بن القيم، شمس الدين محمد الدمشقي. زاد المعاد في هدى خير العباد. ج١و٤، القاهرة: مطبعة البابي الحلبي، (لم يذكر تاريخ النشر).
- الصنعاني، محمد بن إسماعيل. سبل السلام شرح بلوغ المرام. القاهرة: مطبعة الإمام، (لم يذكر تاريخ النشر).
- الجصاص، أحمد بن على الرازى. أحكام القرآن الكريم. مطبعة الأوقاف إسلامية، (لم يذكر مكان الناشر ولا تاريخ النشر).
- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين بن محمد بر مكرم ابن منظور الإفريقي المصري. لسان العرب. مج١٣، بيروت: دار صادر، ١٣٠٠هـ.
- الشوكاني، محمد بن على. نيل الأوطار وهو شرح منتهي الأخبار لعبد السلام بن تيمية. القاهرة: مطبعة الحلبي، (لم يذكر تاريخ النشر).
- العاصمي، عبد الرحمن بن محمد بن قاسم. الإحكام شرح أصول الأحكام. ط١ (لم يذكر مكان النشر ولا اسم الناشر)، ١٣١٢هـ.
- الزيلعي، فخر الدين عثمان بن على، تبين الحقائق شرح كنز الدقائق. القاهرة: مطبعة بولاق، ١٣١٥هـ.

- صالح، سعاد إبراهيم. علاقة الأباء بالأبناء في الشريعة الإسلامية: دراسة فقهية مقارنة. ط١، جدة: دار تهامة للنشر، الكتاب الجامعي،١٩٨١م.
- بن قدامة، عبد الله بن أحمد المقدسي. المغني شرح مختصر الخرقي. القاهرة: مطبعة الإمام، ١٩٦٥م.
- الشافعي، أبو عبد الله محمد إدريس. هامش مختصر المازني. (١-٧)، القاهرة:مطبعة بولاق، ١٣٢١هـ.
- الدسوقي، محمد بن عرفة المالكي. حاشية الدسوقي على الشرح الكبير. (١-٤)، القاهرة: مطبعة عيسى البابي الحلبي، (لم يذكر تاريخ النشر).
- الجلبي \ قتيبة سالم: الطب النفسي والقضاء، القاهرة:دار الأنجلو، ١٩٩٤م.
- الصالح، محمد بن أحمد. الطفل في الشريعة الإسلامية. ط٢، الرياض: مطابع الفرسدق التجارية، ١٤٠٣هـ.
- الجلبي، قتيبة. الزواج التقليدي وعلاقته بالصحة النفسية: دراسة في مرضى العيادة الخارجية في السعودية. المجلة الاسكندنافية والطب النفسي، ع٧٧، ١٩٨٨م.
- الجلبي، قتيبة. رسلان، عبد الوهاب. تشكيل معالم الخوف الاجتماعي في السعودية. مجلة الطب الاجتماعي والطب النفسي الوبائي، مجلة بريطانية، ع٢٥، ١٩٩٠م.
- الشربيني، محمد عصمت. الجلبي قتيبة. نحو علاج نفسي محدد بالثقافة الاجتماعية. المجلة البريطانية للطب النفسي، ١٩٩٢م.
- الجلبي، قتيبة. الأعراض العضوية الظاهرة للاضطرابات النفسية في مجموعة من مرضى العيادات الخارجية السعوديين. المجلة المصرية للطب النفسي، ج٩، ١٩٨٦م.

- الجلبي، قتيبة. النتائج الإكلينيكية للعلاج النفسي مع العلاج الدوائي لمجموعة مختلطة من مرضى العيادات الخارجية في السعودية. المجلة المصرية للطب النفسي، ج٩، ١٩٨٧م.
- الجلبي، قتيبة. البخاري، هشدي. الحاج، عثمان دراسة للنساء المطلقات السعوديات من مرضى العيادة النفسية الخارجية. المجلة المصرية للطب النفسي، ج١، ١٩٨٩م.
- الجلبي، قتيبة. الطب النفسي للمسنين في السعودية. المجلة المصرية للطب النفسي، ج١٢، ١٩٨٩م.(ألقيت أيضًا في المؤتمر العالمي لطب المسنين في باريس عام ١٩٨٩م).
- الجلبي، قتيبة. أثر تعدد الزوجات المريضات بالقسم الداخلي (التنويم) في الكويت. مجلة الأمراض العصبية والعقلية (تصدر في أمريكا) ج٨، ١٩٨٧م.
- الجلبي، قتيبة. أثر الكروب النفسية الاجتماعية على الاضطرابات في مرضى عيادة المملكة العربية السعودية.
- الجلبي، قتيبة. الخوف الاجتماعي في السعودية. مجلة الطب النفسي الاجتماعي (مجلة بريطانية)، ع٢٢، ١٩٨٧م.
- تاج، عبد الرحمن. الشريعة الإسلامية في الأحوال الشخصية. ط٢، (لم يذكر مكان النشر ولا اسم الناشر) ١٣٧٢هـ.
- ٧-الحاج ا أبن أمير: "التقرير والتحبير" ط١، القاهرة: المطبعة الأميرية ببولاق، ١٣١٧هـ.
- بدران، بدران أبو العينين. الزواج والطلاق في الإسلام. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة، (لم يذكر تاريخ النشر).
- مجموعة من العلماء. الموسوعه الفقهية الكويت: ورارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، ١٩٨٩م.

- سابق، سيد. فقه السنة. بيروت: دار الفكر للطباعة والنشـــر والتوزيـــع، ١٩٨٣م.
- الجزيري، عبد الرحمن. الفقه على المذاهب الأربعة. القاهرة: دار الريان للتراث، ١٩٨٧م.
- سنن أبو داود، ج١.
- فتح البارى، ج١٧.

ب – مراجع باللغة الإنجليزية:

- Kaplan H, Sadock B. "Family therapy and marital1therapy". In Synopsis of Psychiatry، Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1991 pp 590-91.
- Greene BL، Broadhurst BP, Lusting N. "Treatment of marital disharmony" In Psychotherapy of Marital Disharmony,B. Greene، editor. Free Press, New York, 1965.
- El-Islam MF. "Overview. Arab cultural psychiatry". Transcultural Psychiatric Research Review 1987; 19:5-23.
- Polonsky D, Nadelso CC. An integrative approach to couple therapy. In "New clinical concepts in marital therapy". OJW Bjorksten، editor. American Psychiatric Press، Washington D.C. ،1985.
- Guerin PJ, Pendagast E. Evaluation of family systems and genograms. In "Family therapy theory and practice", PJ Guerin, editor. Gardner Press,1976.
- Al Abdul Jabbar J. "Sociocultural antecedent of psychiatric disorder in Saudi Arabian women". PHD Thesis. University of London, 1986.
- Indukumari M. "Attitude and practice of Muslim men: a major determinant of Muslim woman's status". International Sociological Association, 1989 (paper).

❖ Chaleby K. "Divorced Saudi women. A study of a psychiatric outpatient population". Arab Journal of Psychiatry ,(1) (1):43-7., 1989..

❖ Chaleby K, El-Sherbini ME, Al Abdul Jabbar J, et al. "Psychotherapy with Arab patients toward a culturally-oriented technique. Arab Journal of Psychiatry, 1992 (in press)

❖ Patai R. "Undatt spell of language" In The Arab Mind. Charles Scribner's Sons, New York, 1976.

❖ Duke MP, Nowicki S, Jr. Theories of personality and psychopathology: approaches derived from psychology and philosophy. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed 5. HI Kaplan and BJ Sadock, editors. Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

❖ Parkins EL. Piaget's genetic epistemology. Genet Soc Gen Psychol Muhogr 114: 77, 1988.

❖ El-Islam MF. "Intergenerational conflict". Br J Psychiatry 114: 146-50, 146-50,1986

❖ Blak JL, Bruce BK. "Behavior therapy: a clinical update". Hosp Community Psychiatry 40: 1989.

❖ Chaleby K. "Women of polygamous marriages in an outpatient psychiatric service in Kuwait" J Neuro and Mental Dis. 173: 56-8, 1989.

❖ Chaleby K. "Traditional Arabian marriages and mental health in a group of inpatient Saudis". Acta Psychitr Scan 77: 139-42, 1988.

- Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston, Little Brown 1970.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Human sexuality - in synopsis of psychiatry. Williams Wilkins 1991.
- Crowe M. The treatment of sexual dysfunction. In family and marrital psychotherapy. Skinner SW 1979.
- Patai R. The realm of sex in the Arab mind. Charles Scribner's sons. New York. 1976.
- El-Saadawi N. The hidden face of Eve: Women in Arabian World. Zed Press 1980.
- Chaleby K. Psychological stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabia. Acta Psychiatr Scand 1986;73:147-51.
- Chaleby K. Traditional Arabian marriages and mental health in a group of outpatient Saudis. Acta Psychiatr Scand. 1988;77:139-42.
- Furlow WL. Male sexual dysfunction. Urol Clin North Am 1981;8:1-
- Al-Abdul Jabbar J. Socio-cultural antecedent of psychiatric disorder in Saudi Arabian women. PhD Thesis. University of London 1986.
- Dawkins S, Taylor R. Non-Consummation of marriage. Lancet 1961;2:1029.
- Marnissi F. Beyond the veil. Male-female dynamics in a modern moslem society. New York. John Wiley and Sons 1975.

- Al-Abdul Jabbar J, Chaleby K. Marrital therapy with Arab patients. 1991 submitted.
- Lopicolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. J Consult Clin Psychol 1986;54:158-67.
- Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. 1956;49:353.
- Arentewicz G, Schmidt G. Therapy setting in the treatment of sexual disorders. 1983;

الدكتور قتيبة الجلبي

تخرج في الكلية الطبية جامعة بغداد سنة ١٩٧٠م. ونال البورد الأمريكي في الطب النفسي بالإضافة إلى حصوله على بورد الاختصاص العالي في طب الأطفال النفسي والطب النفسي الشرعي. كان أول منصب أكاديمي يحصل عليه هو أستاذ مساعد للطب النفسي في جامعة لويزيانا في نيو أورليانز، الولايات المتحدة. بعد ذلك ذهب إلى منطقة الخليج ليدرس في جامعة الكويت ومن ثم إلى السعودية ليشغل فيما بعد ولمدة خمس عشرة سنة منصب رئيس قسم الطب النفسي في مستشفى الملك فيصل التخصصي في الرياض. له أكثر من ٣٤ بحثًا منشورًا في المجلات الطبية العالمية والعربية. قدم عشرات الأبحاث في المؤتمرات العالمية والعربية، وفي سنة ١٩٩٠م منحته الجمعية الأمريكية للطب النفسي لقب "زميل متميز" وذلك لخدماته المتعددة لتقدم الطب النفسي وأبحاثه. كتب عشرة كتب باللغة العربية والإنكليزية منها موجه للمختصين ومنها لعموم القراء. يعمل حاليًا في الممارسة الخاصة للطب النفسي في ولاية بنسلفانيا في الولايات المتحدة الأمريكية ويشارك في النشاطات التدريسية من خلال لقبه العلمي كأستاذ للطب النفسي في جامعة "ديسال" في بنسلفانيا.

الدكتورة منى الصوّاف

ولدت في جدة، بالمملكة العربية السعودية وتخرجت في كلية الطب جامعة الملك عبد العزيز. حصلت على دبلوم الاختصاص في طب الأعصاب من لندن، ومن ثم الزمالة في الطب النفسي من جامعة الملك سعود في الرياض وكان الدكتور قتيبة الجلبي أحد أساتذتها. نشرت أبحاثًا طبية في المجلة العربية للطب النفسي الصادرة من اتحاد الأطباء النفسيين العرب، وشاركت في كثير من المؤتمرات الطبية بأبحاث منشورة. لها نشاط متميز في المجال الإعلامي، إذ كتبت عديد من المقالات في مجال اختصاصها في الصحف العربية وشاركت في كثير من البرامج التليفزيونية في مختلف الدول العربية.

هذا الكتاب

هذا هوالإصدار الثانى لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب. وهوكتاب هام يناقش المشكلات الصحية والنفسية للمرأة العربية من خـلال أبحـاث ميدانية محلية واستخلاص نتائج تعكس الواقع العربى ومدى تأثيره على التوازن النفسى للمرأة .

ويشتمل هذ الكتاب على موضوعات غاية فى الأهمية مثل الاضطرابات الجنسية لدى المرأة واضطرابات الدورة الشهرية والأمراض النفسية والعقلية المصاحبة للحمل والولادة وكذا المشكلات العاطفية والأسرية التى تواجه المراهقات .

كما يناقش المرحلة الحرجة التى تمر بها المرأة التى تعرف باسم سن اليأس .

ومن المواضيع المرتبطة بالثقافة العربية والأساليب الجديدة لمعالجة المشكلات الزوجية .

إن أهمية هذ الكتاب تكمن في أنه يتناول الواقع الثقافى العربى بالنقض الموضوعي المبني على منهج علمي وعلاقته بالكيان الأنثوي وما يتعرض له من اضطرابات نفسية .

الناشر

مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع
١٤٤ ش طيبة ـ سبورتنج ـ الإسكندرية تلفاكس: ٠٣/٥٩٢٢١٧١ ت: ٠٣/٣٩٢١٢٨٤
مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
٧ ش علام حسين ـ ميدان الظاهر ـ القاهرة ت: ٠٢/٦٨٢٦٧٤٦ محمول: ٠١٠/١٥٣٥٧٩١
Designed By A.Amin